



- Kapitální platby v primární péči
- Změna zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

- Zácpa u pacientů s dysfunkcí dolních močových cest
- Syndrom akutního šourku u dětí
- Renální tubulární acidóza jako příčina poruchy růstu

- Sérologický přehled 2013 vybraných infekcí očkovacího kalendáře
- Astma malých dětí a jeho léčba podle GINA 2015
- Sociálněprávní minimum



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	7
	Informace SPLDD	8
	Právní rubrika: Změna zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách	10
	MUDr. Milan Cabrnach Kapitační platby v primární péči	12
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	MUDr. Marcel Drlík, FEAPU Zácpa u pacientů s dysfunkcí dolních močových cest	16
	MUDr. Marcel Drlík, FEAPU Syndrom akutního šourku u dětí	20
	MUDr. Jana Zamboryová Renální tubulární acidóza jako příčina poruchy růstu a neprospívání dítěte	23
	MUDr. Eva Jílková Sérologický přehled 2013 vybraných infekcí očkovacího kalendáře	25
	MUDr. Jiří Novák Astma malých dětí a jeho léčba podle GINA 2015	30
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Poruchy sluchu	38
	Sociálněprávní minimum	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Angelini Pharma
Apotex
GSK
MEDAC
MSD
NESTLÉ
NEXT FORCE
NUTRICIA

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Obrázek na titulní straně namalovala Eliška Kváčová, 7 let.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Ctirad Kozderka, prof. MUDr. Jiří Liška, CSc.

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:
telefon: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz



Milé kolegyně, vážení kolegové,
když asi před rokem předsednictvo rozhodlo, že každý člen předsednictva napíše editorial do Voxu, říkal jsem si, že je to ještě daleko. Ale uběhlo to jako voda a byl jsem vyzván k napsání.

Věřte nevěřte, napsat editorial do tak prestižního časopisu, jako je Vox, je pro mne nelehký úkol. Vox se za ta léta pro nás praktické lékaře pro děti a dorost, a to mluvím nejen za sebe, stal velmi cenným a prospěšným zdrojem informací a rad. Je to naše výkladní skříň, o kterou je zájem i v široké odborné veřejnosti.

Nepřisluší mi rozebírat a hodnotit situaci a problémy celorepublikově, proto bych se zaměřil na situaci u nás ve východních Čechách. Jako jeden z regionů se my Hradečáci a Pardubáci snažíme zachovat někdejší rozdělení a stále se sdružujeme do tzv. Východočeského kraje. Většinu akcí organizujeme společně, prostě u nás ve východních Čechách držíme všichni za jeden provaz.

Náš region se skládá ze dvou krajů – Hradeckého a Pardubického, v každém jsou čtyři okresy, máme cca 220 členů. Doposud jsme dobře spolupracovali s dětskou klinikou FN Hradci Králové, kde jsme se účastnili dvakrát ročně setkání s vedením kliniky a primáři dětských oddělení východních Čech. Pevně doufám, že to bude pokračovat i nadále, i v této nelehké době, kdy to mezi PLDD a klinickými pediatry trochu vře. Před třemi či čtyřmi lety, kdy v čele SPLDD a ČPS stáli čelní představitelé právě z východních Čech, se začaly spojovat naše společné cesty a cíle, ale bohužel na obou stranách došlo k nevratným ztrátám a byli jsme opět na začátku. I když je otázkou, zda nyní nejsme již na „konci“.

Asi deset let se snažíme v rámci povinných akcí jako je regionální konference, která by měla být vrcholnou akcí v roce, na které by se měla hodnotit činnost, zaktivnit a zlepšit její program a zajistit tak větší účast našich členů. V předvečer konference jsme zařadili milejší a příjemnější část, a to jak část odbornou – přednášku a praktický nácvik např. resuscitace, tak ale i zábavnou, a tou je večer s živou hudbou, ukázkami či nácvikem tance a aktivní společenskou zábavou. Většina z nás se na tento večer těší po celý rok.

Již osm let pořádáme na pomezí našich krajů pod Kunětickou horou Hradubickou vánoční besídku s bohatým programem, pravidelně tam chodí Ježíšek a všem nadělí i dáreček.

A abychom trochu i zasportovali, protáhli svoje svalstvo a šli příkladem našim pacientům, vyrážíme na podzim na kolech po nádherných moravských cyklostezkách a dráždíme svoje chuťové pohárky lahodným žlutým či červeným mokem.

První lednový víkend zase kontrolujeme výšku sněhu na českých horách v našich východočeských Krkonoších i Orlických horách. Naše řady již rozšířili i lyžaři z jiných regionů.

Prostě držíme se hesla, že člověk není živ jen prací. A abychom mohli dobře pracovat, musíme si i dobře odpočinout. No a tak si žijeme my dětští praktici u nás ve východních Čechách.

Všechny srdečně zdravím, přeji „barevný“ podzim a přijďte se k nám podívat.

MUDr. Štefan Hrunka, předseda VČ regionu SPLDD

Kongres primární péče

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
si vás dovolují pozvat na

10. Kongres primární péče s mezinárodní účastí

26.-27. únor 2016

TOP HOTEL Praha, Blažimská 178/4, 149 00 Praha 4

Registrace od listopadu 2015 na splcr.cz / detskylekar.cz / ahou.cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Poklidný prázdninový měsíc srpen využila většina PLDD k čerpání zasloužené dovolené a horké letní dny k tomu rozhodně významně přispěly. Nadále jsme se věnovali problematice zachování oboru PLDD a o konkrétních krocích podrobně informujeme na stránkách časopisu a prostřednictvím volených zástupců. V srpnu se uskutečnila schůzka zástupců Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví Německem. Předmětem jednání byl opakovaně požadavek na proporcionální nárůst financování nemocnic a privátních ambulantních zařízení. 19. 8. 2015 proběhlo závěrečné kolo dohodovacího řízení (DŘ) o cenách pro rok 2016. Pro subsegment PLDD byla zachována parciální dohoda se zdravotními pojišťovnami. Vzhledem k tomu, že na jednání KSL ministr Němeček sdělil, že bude tyto dohody akceptovat, vyčkáme na vydání úhradové vyhlášky a následně urychleně zahájíme jednání se ZP nad konkrétními úhradami pro rok 2016. Vzhledem k již platné transparenční novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která podmiňuje platnost smluv a jiných dohod se ZP včetně úhradových dodatků jejich zveřejněním, je to potřeba bedlivě sledovat a urychleně reagovat na úhradové dodatky pro jednotlivé ZP, o kterých bude SPLDD jednat. V neposlední řadě došlo také k novele zákona č. 373/2011 Sb. a tím ke změnám v posudkové činnosti. PLDD opětovně získali kompetence posuzovat studenty pro pracovní vyučování v jasně definovaných případech. Členové SPLDD o tom byli informováni z mé strany mailingem SPLDD.

18. 8. 2015 proběhlo jednání zástupců Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví Německem. Tomuto jednání předcházela poměrně velký zájem ze strany médií a po jednání proběhla tisková konference. Hlavním tématem jednání zástupců KSL s ministrem zdravotnictví byl opakovaný požadavek rovného přístupu k financování nemocnic a privátních ambulantních zařízení. KSL považuje za nejschůdnější přidat lékařům prostřednictvím navýšení ohodnocení práce lékaře v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Ministr zdravotnictví na jednání zástupce KSL ujistil, že nárůst úhrady péče jednotlivým segmentům poskytovatelů bude proporcionální a žádný

segment nebude zvýhodňován. Přislíbil, že jim v září předloží propočty jejich požadavků, které měly být k dispozici již na tomto jednání, ale z důvodu dovolených se nepodařilo včas zpracovat všechna data. Týž den ve večerních hodinách zaznělo v médiích prohlášení pana ministra vydané po setkání s odboráři, v němž deklaroval, že celý objem financí, který se získá navýšením platby státu za „státní pojištěnce“, bude směřovat na navýšení platů lékařů v lůžkových zařízeních a že jim garantuje pětiprocentní platové navýšení. Tento krok Koalice soukromých lékařů vítá pouze v případě, že navýšení se bude týkat i ohodnocení práce lékařů v ambulancích. KSL zaslala médiím „Prohlášení

k setkání s ministrem zdravotnictví dne 18. 8. 2015“, které si můžete přečíst na dalších stránkách časopisu. Na jednání s ministrem navázalo vlastní jednání KSL.

19. 8. 2015 proběhlo závěrečné jednání DŘ pro segment PL. Parciální dohoda subsegmentu PLDD, která zaručuje pro PLDD navýšení finančních prostředků pro rok 2016, nebyla zpochybněna.

26. 8. 2015 se uskutečnilo v kanceláři SPLDD společné jednání výboru SPLDD a výboru OSPDL.



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

vás srdečně zve na

XXIV. celorepublikovou konferenci SPLDD ČR, o.s.,

která se koná dne 31. října 2015

v aule Masarykovy univerzity, Vinařská ulice, Brno

Hexacima

Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), polomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná)

jediná plně tekutá⁽¹⁾

HEXAVALENTNÍ VAKCÍNA V PŘEDPLNĚNÉ INJEKČNÍ STŘÍKAČCE



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČNÉM PŘÍPRAVKU:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakýkoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), polomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka² (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum – ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU); Tetani anatoxinum – ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU); Antigeny Bordetella pertussis: Pertussis anatoxinum – 25 µg, Haemagglutinin filamentosum – 25 µg; Virus Polomyelitidis (inaktivovaný): typus 1 (Mahoney) – 40 D jednotek antigenů, typus 2 (MEF-1) – 8 D jednotek antigenů, typus 3 (Saukett) – 32 D jednotek antigenů; Antigenum leguminis hepatitidis B³ – 10 µg; Haemophilus influenzae typus b polysaccharidum – 12 µg (Polyribosylitol phosphat) conjugata cum tetani anatoxinum – 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů do 24 měsíců proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dálež obě a invazivním onemocněním způsobeným bakterií Haemophilus influenzae typus b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Intramuskulární podání. **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdnů) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunization, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Očkování má být provedeno v souladu s oficiálními doporučeními. **Přeočkování:** Po 2-dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Po 3-dávkovém základním očkování má být provedeno přeočkování. Přeočkování má být provedeno nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DtaP-IPV/Hib vakcína, a to po 3-dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DtaP-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Kontraindikace:** Alergická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné látky nebo složky. Přesuť očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, polomyelitidě a Hib. Nepodávat vakcínu proti pertusi osobám, které trpí nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo nekontrolovanou epilepsi, a to pokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevážují nad riziky. **Upozornění:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou Corynebacterium diphtheriae, Clostridium tetani, Bordetella pertussis, virus hepatitidy B, poliovirus nebo Haemophilus influenzae typus b. Nicméně lze předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidou B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou virus hepatitidy A, hepatitidy C a hepatitidy E nebo jinými patogeny jako: Hexacima nechrání proti infekčním onemocněním způsobeným jinými typy Haemophilus influenzae ani proti meningitidě jiného původu. **Interakce:** Při současném podávání jiné vakcíny, má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nepodávat současně s vakcínou proti planým neštovicím. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nepodávat ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna bolest v místě vpichu, nechuť, zvracení a průjem, podrážděnost, pláč, zarudnutí v místě vpichu a horečka. Mírně zvýšená zložená reakcogenita po první dávce ve srovnání s následnými dávkami. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chrňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Dělel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR SA, 2, Avenue Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum revize textu:** Založeno na schválené revizi ze dne 21.04.2015

¹ adsorbovaná na hydratovaný hydroxid hlinitý (0,6 mg Al³⁺), ² jako spodní mez spolehlivosti (p=0,95), ³ pomnoženo na Vera buňkách, ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenů stanovené vhodnou imunochemickou metodou, ⁵ vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Vakcína k injekčnímu podání do svalu (intramuskulárně). Přípravek je určen pro základní očkování dětí, je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a je vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte příbalovou informaci. Žádná vakcína nemusí plně ochránit všechny očkování osoby. V případě nežádoucích účinků informujte svého lékaře nebo lékárníka. Vakcinační oáze je schválena MZ ČR.

Reference: 1 SÚKL, obchodované léky v ČR: Databáze léků, online 1.8.2015 <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>



Healthy children, happy children

SANOFI PASTEUR

SANOFI PASTEUR, odd. vakcín sanofi-overtis s.r.o.
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Tel.: 233 086 111



Koalice soukromých lékařů

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 18. srpna 2015

Přítomni: dr. Dvořák, dr. Jojko, dr. Chrz, dr. Kudyn, dr. Šmatlák

1. Setkání zástupců Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví dne 18. 8. 2015

- Hlavním tématem jednání zástupců KSL s ministrem zdravotnictví byl opakovaný požadavek rovného přístupu k financování nemocnic a privátních ambulantních zařízení. KSL považuje za nejschůdnější přidat lékařům prostřednictvím navýšení ohodnocení práce lékaře v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Ministr zdravotnictví na jednání zástupce KSL ujistil, že nárůst úhrady péče jednotlivým segmentům poskytovatelů bude proporcionální a žádný segment nebude zvýhodňován. Přislíbil, že jim v září předloží propočty jejich požadavků, které měly být k dispozici již na tomto jednání, ale z důvodu dovolených se nepodařilo včas zpracovat všechna data.
- Týž den ve večerních hodinách zaznělo v médiích prohlášení pana ministra vydané po setkání s odboráři, v němž deklaroval, že celý objem financí, který se získá navýšením platby státu za „státní pojištění“, bude směřovat na navýšení platů lékařů v lůžkových zařízeních a že jim garantuje pětiprocentní platové navýšení. Tento krok Koalice soukromých lékařů vítá pouze v případě, že navýšení se bude týkat i ohodnocení práce lékařů v ambulancích. V tom smyslu KSL zaslala médiím „Prohlášení k setkání s ministrem zdravotnictví dne 18. 8. 2015“ (viz prohlášení).
- K výsledkům dohodovacího řízení k cenám zdravotní péče v roce 2016 ministr Němeček sdělil, že bude akceptovat dohody se zdravotními pojišťovnami a nebude znevýhodňovat segmenty, které se

nedohodly. K zubním lékařům bude přistupovat zvlášť, s ohledem na jiný způsob plateb než u ostatních poskytovatelů a s přihlédnutím k tomu, že v jejich segmentu došlo v posledních letech k největšímu poklesu úhrad.

- Kompenzaci zrušených regulačních poplatků přislíbil řešit se zdravotními pojišťovnami. Ministr deklaroval, že v současném návrhu úhradové vyhlášky je situace kompenzace výpadku příjmů za zrušené RP řešena stejně jako v roce 2015. Na základě požadavku KSL slíbil projednat možnost změny bodového hodnocení z nuly na 30 bodů výkonu 09543 v SZV. I to bude předmětem jednání na další schůzce 24. 9. 2015.
- Zástupci KSL upozornili na možné negativní dopady zavedení elektronické evidence tržeb ve zdravotnictví.
- Další setkání s ministrem zdravotnictví je naplánováno na 24. 9. ve 13.00 hodin.

2. Transparenční novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

- V souvislosti s novelou se objevila informace, že smlouvy, dodatky a jiné dohody se zdravotními pojišťovnami jsou platné až po jejich zveřejnění. Tuto informaci je třeba prověřit.

3. Různé

- Novým mluvčím KSL bude od září dr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR.

V Praze dne 28. 8. 2015
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Prohlášení Koalice soukromých lékařů k setkání s ministrem zdravotnictví dne 18. 8. 2015

Zástupci Koalice soukromých lékařů se na svém jednání s ministrem zdravotnictví Svatoplukem Němečkem dne 18. 8. 2015

dohodli, že nárůst úhrady péče jednotlivým segmentům poskytovatelů bude proporcionální, žádný segment nebude zvýhodňován a MZ ČR se pokusí navýšit ohodnocení práce lékařů změnou v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Se zájmem jsme tentýž den sledovali prohlášení pana ministra po setkání s odboráři, v němž deklaroval, že celý objem financí, který se získá navýšením platby státu za „státní pojištění“, bude směřovat na navýšení platů lékařů v lůžkových zařízeních a že jim garantuje pětiprocentní platové navýšení. Toto prohlášení vítáme v případě, že shodně stoupne ohodnocení práce lékařů v ambulancích. V opačném případě bychom stav vnímali jako zásadní porušení dohody, k níž jsme dospěli s ministrem 18. 8. 2015 a kterou jsme měli dále rozvíjet na příští schůzce 24. 9. 2015.

Na možné ohrožení kvality a dostupnosti ambulantní péče v důsledku podceňování jejího významu jsme již opakovaně upozorňovali.

Za koalici soukromých lékařů:

MUDr. Vladimír Dvořák
předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR, mluvčí Koalice

MUDr. Pavel Chrz
prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák
předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Milan Kudyn
místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Zorjan Jojko
předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

si vás dovoluji pozvat na cyklus odborných seminářů pořádaných tradičně v Lékařském domě ČLS JEP v Praze, Sokolská 32, Praha 2, vždy první čtvrtek v měsíci v 16.30 hod.

5. 11. 2015

I exantémy umí překvapit

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí,
Nemocnice Na Bulovce, Praha



OSPDL ČLS JEP



Informace SPLDD

■ Ministr Němeček: Rozhodl jsem navýšit cenu práce lékařů v Seznamu zdravotních výkonů

„Tento krok je součástí mé dlouhodobé snahy o lepší ohodnocení práce zdravotníků napříč obory. Po jednáních s prezidentem České lékařské komory Milanem Kubkem jsem rozhodl o navýšení ohodnocení práce lékařů v Seznamu zdravotních výkonů,“ vysvětlil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

K poslednímu navýšení ceny práce v seznamu zdravotních výkonů došlo v roce 2009. Od nového roku se cena práce lékařů (nositelů výkonů) v Seznamu zdravotních výkonů navýší oproti současnému stavu o 10 %. Reálné příjmy těchto pracovníků se budou postupně zvyšovat zároveň s tím, jak budou růst zdroje systému veřejného zdravotního pojištění. Celkové navýšení bude limitováno celkovým objemem finančních prostředků, které bude mít systém k dispozici.

Navýšení ceny práce lékařů, jejichž práce je hrazena výkonově dle Seznamu zdravotních výkonů, se provádí s ohledem na dlouhodobý nepoměr mezi cenou práce a cenou přístrojů a materiálu v jednotlivých výkonech. Smyslem je odměňovat lékaře za množství vykonané práce, nikoli za cenu přístrojů, se kterými pracují.

Ministr zdravotnictví tímto krokem pokračuje v dlouhodobém plánu zlepšit a stabilizovat podmínky zaměstnanců ve zdravotnictví, neboť jejich spokojenost na pracovištích se vždy v důsledku promítá i do spokojenosti pacientů, o které pečují.

Pro více informací kontaktujte Ministerstvo zdravotnictví ČR, tel.: 224 972 166, Odbor komunikace s veřejností.

Zdroj: tisková zpráva MZ ČR, 10. 9. 2015

■ Zápis z 1. jednání Pracovní komise pro problematiku očkování, konaného dne 2. 6. 2015 na Ministerstvu zdravotnictví

Přítomní: viz prezenční listina

Jednání zahájil a řídil hlavní hygienik ČR a předseda Pracovní komise pro proble-

matiku očkování (dále komise). V úvodu představil scénář jednání, zrekapituloval důvody, které vedly k ustavení této komise a seznámil přítomné s některými body statutu komise.

1. Aktuální kroky MZ v oblasti očkování

1.1. Novela vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Záměr novely představil prof. MUDr. R. Chlíbek, Ph.D., který seznámil přítomné na základě čeho byla navržena novela vyhlášky v podobě posunu podání 2. dávky MMR vakcíny do věku sedmi let a stanovení horní věkové hranice podání první dávky MMR. Po diskusi vzali přítomní věcný záměr novely vyhlášky na vědomí.

1.2. Legislativní úprava finančních kompenzací při vzniku závažných vedlejších účinků po provedeném pravidelném očkování. Věcný návrh je nyní předáván odborem OVZ odboru LEG MZ k zapracování do chystané novely zák. č. 372/2011 Sb., která se podle legislativního plánu plánuje na září 2015.

1.3. Povinnost vystavování potvrzení registrujícího lékaře o očkování pro účast dětí na zotavovacích akcích zůstává ze zákona č. 258/2000 Sb. zachována, nicméně se novelou zákona zjednodušuje na potvrzení vydávané při provedení preventivní prohlídky – interval 2 roky. Formulář, který bude předmětem diskuse na dalším jednání pracovní komise, je třeba sjednotit a zveřejnit na webu MZ.

1.4. Výklad pojmu „řádně očkováno dítě“ při přijímání do předškolních zařízení. Národní imunizační komise na svém zasedání dne 28. 5. 2015 přijala výklad, který je nyní předáván ještě k posouzení legislativní správnosti odboru LEG a následně bude publikován na webu MZ.

1.5. MZ iniciativně nabídlo přítomným projednání úhrady očkování s VZP a Svazem ZP v případě, že není očkování prováděno vakcínami podle vyhlášky č. 537/2006 Sb.,

1.6. Prof. MUDr. R. Prymula, CSc., Ph.D., informoval o záměrech a cílech připravovaného akčního plánu k provak-

cinační strategii, který je v současné době v meziresortním připomínkovém řízení a je dokumentem, který vychází z materiálu WHO „Zdraví 2020“.

2. Témata k diskusi na příštích jednáních komise

Přítomnými byla navržena a odsouhlasena níže uvedená témata:

- 2.1 Legislativní úprava finančních kompenzací při vzniku závažných vedlejších účinků po provedeném pravidelném očkování
- 2.2. Nežádoucí účinky po očkování a jejich interpretace a hlášení
- 2.3. Omezení neočkovaných dětí a pojem „řádně očkováno dítě“
- 2.4. Přístup k bezpečnému očkování a diskuse k formuláři dle bodu 1.3. výše
- 2.5. Obnovení důvěry v očkování
- 2.6. Kolektivní imunita (dětí a dospělých)

Do konce roku 2015 by se měla uskutečnit 3 jednání komise k projednání bodů 2.1.–2.6.

Příští jednání se bude konat 14.7.2015 na MZ. Pozvánka bude zaslána samostatně.

V Praze dne 4. 6. 2015

Zapsala: MUDr. Sylvie Kvášová, tajemník komise

Verifikoval hlavní hygienik ČR a předseda komise

10. 9. 2015

■ Zápis z 2. jednání Pracovní komise pro problematiku očkování, konaného dne 14. 7. 2015 na Ministerstvu zdravotnictví

Přítomní: viz prezenční listina

Jednání zahájil a řídil hlavní hygienik ČR a předseda Pracovní komise pro problematiku očkování (dále jen komise). V úvodu informoval o členech komise, kteří se z účasti na jednání omluvili, dále informoval o dodatečném jmenování paní senátorky doc. MUDr. M. Emmerové, CSc., a doc. MUDr. V. Thona, Ph.D. Celkem komise čítá 24 členů včetně předsedy.

Předseda komise zrekapituloval 6 základních témat k diskusi, která byla definována na minulém jednání komise, a seznámil při-



tomně s programem jednání, který byl všemi přítomnými přijat.

1) Nežádoucí účinky (NÚ) po očkování a jejich interpretace a hlášení

MUDr. E. Jirsová (SÚKL) prezentovala v podrobné prezentaci (viz přílohu 1) farmakovigilanční systém v ČR, který je nedílnou součástí farmakovigilančního systému EU. Hlášení NÚ léčiv vč. vakcín je od roku 2013 v ČR plně harmonizováno s požadavky EU. Dosavadní podhlášenost NÚ lze ovlivnit kampaněmi prováděnými SÚKL o významu a smyslu hlášení či letáčky (viz přílohu 2), které jsou vkládány do děkovného dopisu zasílaného SÚKLe lékařům za každé hlášení NÚ. Vedle toho SÚKL provádí cyklus prezentací pro praktické lékaře pro dospělé a PLDD, jak a proč NÚ hlásit. Tiskové oddělení SÚKL chystá do čekáren lékařů video o způsobu sledování farmakovigilance v ČR, laická veřejnost může o farmakovigilanci léčiv získat informace na webových stránkách www.suklolecich.cz.

Nicméně z prezentace vyplynulo, že ČR v porovnání s ostatními státy EU patří v hlášení závažných NÚ mezi nejlepších.

V současné době probíhá v referenčním státě šetření v ČR ohlášeného neočekávaného účinku po podání hexavakcíny – regres psychomotorického vývoje. Závěry hodnocení lze očekávat řádově v měsících po oznámení.

Podrobná analýza hlášených NÚ vakcín je uvedena ve Zpravodaji vydávaném SÚKL a publikovaném na webových stránkách SÚKL. V některých případech je NÚ vakcín hlášen i po nesprávné aplikaci vakcíny. Data z databáze SÚKL o NÚ vakcín lze získat bezplatně na základě podání žádosti s uvedením důvodu, proč daný subjekt žádost podává.

PLDD mají v rámci svých vzdělávacích akcí zařazenu problematiku hlášení NÚ a veškeré potřebné informace jsou poskytovány prostřednictvím webových stránek OSPDL. Součástí hlášení NÚ lékařem je anamnéza postiženého, v případě potřeby je možné ze strany SÚKL žádat o doplnění od hlásícího lékaře.

Předsedkyně Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP MUDr. P. Křížová iniciovala publikaci této problematiky v časopisu Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie.

Diskuse:

- Mgr. Suchánková, Rosalio, upozornila na výskyt febrilních křečí při simultánním

podání hexavakcíny a konjugované pneumokokové vakcíny. Simultánní podání je uvedeno v SPC těchto vakcín. Kromě toho jsou rodiče pediatrii informováni o výhodách a nevýhodách tohoto postupu, existují odborná doporučení pro lékaře distribuovaná cestou odborných společností, doporučení NIKO.

2) Legislativní úprava finančních kompenzací při vzniku závažných NÚ po provedeném očkování (dále jen odškodnění)

Předseda komise podrobně informoval o stavu přípravy řešení odškodnění. Jde o složitou problematiku, ve které existuje celá řada neznámých dat, a to:

- není známo, kolik případů odškodnění za závažný NÚ po vakcinaci bylo předmětem soudního rozhodnutí. V této souvislosti bude MZ žádat o informace Ministerstvo spravedlnosti, stejně tak budou MZ žádána přímo řízená zdravotnická zařízení,
- chybí definice zdravotní újmy, kterou ale pro jiné účely definuje trestní zákon,
- absence nastavení mechanismu prokazování kauzální souvislosti mezi očkováním a závažným NÚ (MZ se spíše kloní k formulaci, že by šlo o vysokou míru pravděpodobnosti),
- stanovení výše odškodného,
- jednorázové či opakované poskytnutí odškodnění,
- procesní otázky: bude o odškodnění rozhodovat MZ ve správním řízení?, poskytne MZ odškodnění na základě soudního rozhodnutí?, použije se jako nástroj k odškodnění model ze zrušeného zákona č. 20/1966 Sb. – § 77?

Podle dosavadního vývoje jednání se ve finále bude jednat o samostatný zákon, původní záměr řešit odškodnění v novele zákona č. 372/2011 Sb. není vhodný.

Diskuse:

- posl. Mgr. Farský – ocenil prezentaci SÚKL viz bod 1) zápisu. Upozornil na to, že v USA existuje ceník na odškodňování, jednotlivých poškození a na možnost mimosoudního odškodňování a současně připomněl PN k novele z č. 258/2000 Sb., vnesený k § 49 tohoto tisku posl. N. Novákovou. Zdůraznil, že přijetím objektivní odpovědnosti státu za závažné NÚ po vakcinaci dojde ke zvýšení důvěry veřejnosti k očkování, kterou je třeba udržet, resp. obnovit.
- Prezident Svazu pacientů L. Olejář – vnesl kritiku na SÚKL, že shromažďuje data, která jsou pro pacienty nedostupná, s tím

zásadně nesouhlasí SÚKL, který shromažďování dat považuje za transparentní. Současně L. Olejář rozděl členům komise publikaci vydanou Svazem pacientů a zdůraznil odpovědnost MZ za odškodňování závažných NÚ po očkování.

- Předseda komise upozornil na přípravu akčního plánu k provakcinační strategii, kterým budou komunikovány i negativní stránky.
- Prof. Janda – opakovaně upozornil na rakouský model odškodňování a průtahy, které jsou v souvislosti se zavedením odškodňování v ČR.
- RNDr. Petráš – vnesl dotaz, zda existuje kategorizace závažných NÚ po vakcinaci, k tomu je třeba nejprve formulovat definici zdravotní újmy.
- Mgr. Suchánková, Rosalio, odškodnění by mělo být optimálně v menších částkách, ale opakované, nikoliv jednorázové.

3. Různé

- pojem „řádně očkované dítě“ při přijímání dětí do mateřských škol a obdobných zařízení. Existuje odborný konsensus, že jde o dítě, kterému byla aplikována 1 dávka MMR a schéma 2 + 1 u hexavakcíny. Nyní se čeká na vyjádření odboru LEG. Otázkou je i výsledek projednávání vrácené novely z č. 258/2000 Sb., v PSP v září 2015, nicméně s výkladem pojmu nelze s ohledem na zahájení školního roku otálet.
- Mgr. Suchánková, Rosalio, s odvoláním na prof. Prymulu apelovala na zavedení pentavakcíny místo hexavakcíny do očkovacího kalendáře. O stanovisko požádá MZ ČVS ČLS JEP. Význam očkování proti VHB u dětí v útlém věku zdůraznila dr. Šebková a prof. Janda.

Příští zasedání komise se uskuteční 29. 9. 2015 ve 14.00 hod na MZ. Pozvánka bude zaslána samostatně. Další jednání komise je plánováno na listopad 2015.

Přílohy: 2

Zapsala: MUDr. Sylvie Kvášová, ved. odd. epidemiologie OVZ/1

Verifikoval: MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D., hlavní hygienik ČR a předseda komise

V Praze dne 15. 7. 2015



Právní poradna

Změna zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Mgr. Jakub Uher
právní oddělení SPL ČR

■ Změna zákona o specifických zdravotních službách

Čl. V

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění zákona č. 167/2012 Sb. a zákona č. 47/2013 Sb., se mění takto:

1. V § 51 se na konci odstavce 1 doplňuje věta „V případě uchazečů o vzdělávání ve školách a školských zařízeních zřizovaných Ministerstvem obrany zdravotní způsobilost ke vzdělávání posuzuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává poskytovatel zdravotních služeb, kterému Ministerstvo obrany udělilo oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních jím zřízených; posuzujícím lékařem je lékař se způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství.“.

2. V § 51 odstavce 2 zní:

„(2) Jestliže se praktické vyučování nebo praktická příprava uskutečňuje

- a) na pracovištích právnických nebo fyzických osob, vydává lékařský posudek o zdravotní způsobilosti osoby připravující se na povolání před jejím prvním zařazením na praktické vyučování nebo praktickou přípravu a v jejich průběhu poskytovatel pracovnělékařských služeb této osoby,
- b) na pracovišti fyzické osoby, která je samostatně výdělečně činná, vydává lékařský posudek o zdravotní způsobilosti osoby připravující se na povolání před jejím prvním zařazením na praktické vyučování nebo praktickou přípravu a v jejich průběhu registrující poskytovatel této osoby, a pokud tato osoba nemá registrujícího poskytovatele, poskytovatel pracovnělékařských služeb školy,
- c) pouze ve škole nebo školském zařízení, vydává lékařský posudek o zdravotní způsobilosti osoby připravující se na povolání před jejím prvním zařazením

na praktické vyučování nebo praktickou přípravu a v jejich průběhu registrující poskytovatel této osoby, a pokud tato osoba registrujícího poskytovatele nemá, poskytovatel pracovnělékařských služeb školy,

- d) na pracovištích osob uvedených v písmenu a) nebo b) a ve škole nebo školském zařízení, vydává lékařský posudek o zdravotní způsobilosti osoby připravující se na povolání před jejím prvním zařazením na praktické vyučování nebo praktickou přípravu a v jejich průběhu, zahajuje-li se praktické vyučování nebo praktická příprava

1. ve škole, poskytovatel uvedený v písmenu c),

2. na pracovištích fyzických nebo právnických osob, poskytovatel uvedený v písmenu a) nebo b);

posuzujícím lékařem podle písmene a) je lékař se způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru pracovní lékařství, posuzujícím lékařem podle písmen b) až d) je lékař se způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo v oboru pracovní lékařství.“.

3. V § 51 se za odstavce 2 vkládá nový odstavce 3, který včetně poznámky pod čarou č. 21 zní:

„(3) Posouzení zdravotní způsobilosti osoby připravující se na výkon povolání před jejím zařazením na praktické vyučování nebo praktickou přípravu se neprovede,

- a) je-li v rámci praktické přípravy nebo praktického vyučování vykonávána činnost za podmínek obdobných výkonu práce zařazené do kategorie první a není-li součástí této práce činnost, pro jejíž výkon jsou podmínky zdravotní způsobilosti stanoveny jiným právním předpisem²⁴⁾,
- b) jestliže tato příprava nebo vyučování začíná v době kratší než 12 kalendář-

ních měsíců ode dne vydání lékařského posudku podle odstavce 1 a pokud nedošlo během této doby ke změně zdravotního stavu; posouzení zdravotní způsobilosti se v tomto případě provede nejdéle do 12 kalendářních měsíců ode dne zařazení osoby na praktické vyučování nebo praktickou přípravu, nebo

- c) jestliže jiný právní předpis upravující soustavu oborů vzdělání ve středním a vyšším odborném vzdělávání nestanoví podmínky zdravotní způsobilosti ke vzdělávání.

²⁴⁾ Například zákon č. 49/1997 Sb., o civilním letectví a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 219/1999 Sb., o ozbrojených silách České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 221/1999 Sb., o vojácích z povolání, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 585/2004 Sb., o branné povinnosti a jejím zajišťování (branný zákon), ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 211/2010 Sb., o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 101/1995 Sb., kterou se vydává Řád pro zdravotní a odbornou způsobilost osob při provozování dráhy a drážní dopravy, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 493/2002 Sb., o posuzování zdravotní způsobilosti k vydání nebo platnosti zbrojního průkazu a o obsahu lékárníčky první pomoci provozovatele střelnice, ve znění vyhlášky č. 254/2007 Sb., a vyhláška č. 352/2003 Sb., o posuzování zdravotní způsobilosti zaměstnanců jednotek hasičských záchranných sborů podniků



a členů jednotek sborů dobrovolných hasičů obcí nebo podniků.“

Dosavadní odstavce 3 a 4 se označují jako odstavce 4 a 5.

4. V § 51 odst. 4 písmeno a) zní:

„a) tělesné výchově v rámci vzdělávacích programů a ke sportu pro všechny⁹⁾ a podmínky pro uvolnění z vyučování v předmětu tělesná výchova na dobu jednoho pololetí školního roku nebo školní rok posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel.“

5. V § 51 se za odstavec 4 vkládá nový odstavec 5, který zní:

„(5) V případě lékařského posudku vydaného registrujícím poskytovatelem je posuzujícím lékařem lékař se způsobilostí v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo všeobecné praktické lékařství. V případě lékařského posudku vydaného poskytovatelem v oboru tělovýchovné lékařství je posuzujícím lékařem lékař se způsobilostí v oboru tělovýchovné lékařství.“

Dosavadní odstavec 5 se označuje jako odstavec 6.

■ Změna v posuzování zdravotní způsobilosti k praktickému vyučování a praktické přípravě

Novelou zákona č. 373/2011 Sb., která nabyla účinnosti k 1. 5. 2015, došlo k rozšíření kompetencí praktických lékařů pro děti a dorost ve vztahu k posuzování k praktickému vyučování a praktické přípravě. Doposud nemohli toto posuzování provádět a mohli provádět pouze posuzování zdravotní způsobilosti ke vzdělávání.

Nově tedy platí, že praktický lékař pro děti a dorost může v některých případech posouzení (a vystavení posudku) zdravotní způsobilosti k praktickému vyučování a praktické výuce provádět. Upraveno je v ustanovení § 51 zákona č. 373/2011 Sb.

V současné době může tedy praktický lékař pro děti a dorost posouzení provést, pokud se praktické vyučování nebo praktická příprava uskutečňuje:

- na pracovišti fyzické osoby, která je samostatně výdělečně činná, nebo
- ve škole nebo školském zařízení, nebo
- pokud se zahajuje ve škole nebo školském zařízení (byť následně pokračuje mimo školu).

Naopak praktický lékař pro děti a dorost nemůže posuzovat v případě, kdy se praktické vyučování nebo praktická příprava uskutečňuje na pracovištích právnických nebo fyzických osob (zde poznámka, že nevidím faktický rozdíl mezi praxí na pracovišti fyzické osoby, která je samostatně výdělečně činná).

V praxi podle mé zkušenosti nebude zpravidla praktický lékař pro děti a dorost, který je o posouzení žádán, vědět, kde má praktické vyučování probíhat (na jakém pracovišti).

Doporučoval bych tedy, aby pokud bude praktický lékař pro děti a dorost požádán o provedení posouzení zdravotní způsobilosti k praktickému vyučování či praktické přípravě, aby toto provedl a posudek vystavil. Předpokládám, že žádající osoba (zpravidla škola) je znalá platného zákona a bude praktického lékaře pro děti a dorost žádat o posouzení pouze v případě, kdy posudek praktika je dostatečný. Pokud by tomu pak v realu tak nebylo, nemůže to jít dle mého názoru k tíži poskytovatele zdravotních služeb.

Po téměř 30 letech se vrátil do Španělska záškrť, mohou za to odmítači očkování

Španělsko je v šoku. Země, kde se 29 let neobjevil záškrť, má už devět nakažených. Šestileté dítě je v ohrožení života. Jeho rodiče si sypou popel na hlavu a říkají, že se „cítí strašlivě vinní“, protože uvěřili antivakcinačnímu hnutí a chlapce odmítli nechat očkovat.

Včera potvrdilo katalánské ministerstvo zdravotnictví osm nových případů difterie čili záškrť. Všechno jsou to spolužáci šestiletého chlapce, který se nakazil jako první a bojoval o život. Jeho stav je nyní vážný, ale stabilizovaný, jak uvedla nemocnice v Barceloně, kde je hospitalizován. Spolužáci jsou všichni očkováni, nemoc se u nich tedy nerozvinula, ale budou jim pro jistotu podávána antibiotika.

Návrat záškrť vyvolal bouřlivou diskusi o povinnosti očkování. Šestiletý chlapec pochází z vesnice Olot poblíž Girony, kde žije skupina rodičů, kteří používají pouze přírodní medicínu, protože se bojí nežádoucích účinků vakcín. Podle deníku El País je matka „fyzikální terapeutka na homeopatické klinice“.

Matka a otec chlapce po návštěvě jednotky intenzivní péče sdělili, že jsou zdrceni a cítí se podvedeni antivakcinačním hnutím, které je odradilo od toho, aby dítě nechali očkovat. „Je to milující pár a oba se cítí strašlivě vinní,“ prohlásil na tiskové konferenci Antoni Mateu, katalánský úředník, kterého bychom mohli označit jako místního hlavního hygienika. Ten také oznámil, že nechystá žádný krok zaměřený proti těmto rodičům, tedy postih za to, že nedali dítě naočkovat,

ani po nich nebude požadovat úhradu za léčbu. Postavil se ale proti antivakcinačnímu hnutí, které prý „šíří lži a působí zmatky“ tím, jak navádí lidi, aby odmítali státem doporučený očkovací kalendář.

„Je to začátek nebezpečného diskursu proti vakcinaci, který není podporen vědeckými důkazy,“ prohlásil španělský ministr zdravotnictví Alfonso Alonso. „Neočkovat je neodpovědné,“ dodal.

Úřady se nyní snaží zabránit dalšímu šíření záškrť, lékaři kontrolují všechny děti, které mohly přijít do styku s nakaženými.

Záškrť je infekční onemocnění způsobené bakterií *Corynebacterium diphtheriae*, která obvykle napadá malé děti a pak také starší osoby. Šíří se přes dýchací cesty vzduchem, stačí kýchnout. Začíná jako běžná angína, tedy zvýšením teploty, bolestmi v krku, nechutenstvím, malátností. Záškrť mandlí je možno dobře léčebně zvládnout, není-li léčen, změní se v těžký zhoubný záškrť. Ten provází vysoká teplota až 39 až 40 °C, schvácenost, obtížné dýchání, zduření krku do té míry, že má stejný obvod jako hlava (tzv. caesarský krk). Zhoubný záškrť je vždy provázen komplikacemi a ty mohou vést k smrti. Následkem může být zánět srdečního svalu a obrna.

Úmrtnost neléčených pacientů je desetiprocentní, při maligní difterii pak padesátiprocentní. U očkovanych osob nedochází k těžkým formám, je však možné nosičství.

Převzato z Tempus Medicorum, www.zdravotnickydenik.cz, 9. 6. 2015



Kapitační platby v primární péči

MUDr. Milan Cabrnach

Kombinovaná kapitačně výkonová platba je nejvhodnější systém úhrady primární péče ze zdravotního pojištění. Podporuje vztah lékaře a pacienta, brání zbytečné honbě za výkony, stabilizuje síť lékařů primární péče, podporuje prevenci, odměňuje lékaře za zdraví jejich pacientů, rozšiřuje spektrum péče poskytované praktickými lékaři, redukuje administrativu.

V roce 1997 byla na základě dohody mezi poskytovateli a pojišťovnami zavedena kombinovaná kapitačně výkonová platba (dále KKVP) v primární péči. Od té doby je tímto způsobem hrazena péče poskytovaná praktickými lékaři pro děti a dorost a praktickými lékaři pro dospělé (dále PL).

■ Základní principy KKVP

Jak běží čas, zapomněli jsme často na základní principy, na kterých je KKVP postavena. Někteří tak snadněji podléhají klíše o tom, jak praktici dostávají snadno peníze bez práce.

Rozdělení péče na kapitaci a výkony

Péče poskytovaná PL byla rozdělena na (a) běžnou léčebnou péči PL, (b) preventivní péči PL, (c) péči, kterou PL buďto poskytuje sám, nebo odešle pacienta ke specialistovi. Běžná léčebná péče PL (a) byla zahrnuta do kapitačního paušálu, je tedy hrazena měsíční platbou závisující na počtu pacientů a jejich věkovém rozložení. Indexace kapitační platby podle věku zohledňuje různou míru čerpání péče v různých věkových kategoriích pacientů.

Úhrada běžné léčebné péče kapitačním paušálem je v podstatě odměnou PL za zdravé pacienty, jako tomu bylo kdysi ve staré Číně. Pokud je pacient zdravý, nechodí k lékaři, ten s ním nemá žádné vydání, ale dostává platbu. Zdravý pacient přichází na preventivní prohlídky, za které ovšem lékař dostane zaplacen mimo kapitační paušál. Péči (a), která je zahrnuta do kapitačního paušálu, PL nevykazuje. V běžném provozu ordinace tak ubývá administrativa.

Preventivní péče (b) byla ponechána v režimu výkonové platby. Tím motivujeme PL k tomu, aby preventivní péči prováděli – dostanou za ni zaplacen nad kapitační paušál. Díky motivaci PL k preventivním prohlídkám máme, zvláště v případě dětí, velice dobře fungující systém preventivní péče, a to se projevuje například v celosvě-

tově mimořádně nízké kojenecké úmrtnosti či vysoké proočkovanosti.

Také (c), tedy péče, kterou PL buďto poskytne sám, nebo odešle pacienta ke specialistovi, byla ponechána ve výkonovém režimu. Motivujeme PL k tomu, aby rozšiřoval spektrum péče, kterou poskytuje sám, a méně odesílal pacienty ke specialistům. Dobrým příkladem je třeba zašití drobného poranění. PL může ránu zašít sám a z pojištění dostane úhradu za výkon zašití rány nebo PL pacienta odešle k chirurgovi, nedostane za to nic, a pojišťovna zaplatí chirurgovi zašití rány a k tomu cílené vyšetření chirurgem – a za týden kontrolní.

Registrace

V některých zemích zaplatí pojišťovna PL kapitačně podle počtu pacientů, které v tom měsíci nebo čtvrtletí ošetřil. V českém modelu KKVP platí pojišťovna kapitační paušál na registrovaného pacienta. Registrace vznikne, když si pacient vybere svého PL.

Princip registrace je důležitý pro realizaci svobodné volby lékaře. Již jsme zapomněli na doby, kdy každý podle bydliště či pracoviště „patřil“ k nějakému „obvodákovu“ a jak bylo obtížné uniknout mu, pokud se nám nelíbil anebo byl opravdu špatný.

Registrací se vytvoří vztah, který je důležitý nejen pro platbu kapitace, ale i pro koordinační roli PL. Právě registrujícímu PL posílají všichni ostatní lékaři ze zákona zprávy o péči, kterou pacientovi poskytli. Registrující PL tak může být odpovědným koordinátorem péče o pacienta. Současně by bez kapitační platby neměl PL motivaci pacienty registrovat.

Stabilizace sítě primární péče

KKVP měla a má zásadní vliv na stabilizaci sítě lékařů primární péče.

Díky kapitačnímu paušálu jsou příjmy PL předvídatelné a nepodléhají tak velkým sezónním výkyvům, například o prázdninách či v chřipkových obdobích.

Stanovením horního limitu pro registraci pacientů u jednoho PL se vytvořil klíč, který brání excesům při registraci velkého počtu pacientů, kdy by sice lékař měl velké příjmy, ale poskytoval by mizernou péči.

Vznikl i mechanismus, který umožní zdravotním pojišťovnám zajistit primární péči i pojištěncům v méně osídlených oblastech. Takzvané „malé praxe“ je mechanismus, který cestou navýšení kapitačního paušálu umožní existenci ordinací PL v oblastech, kde objektivně nemohou registrovat potřebný počet pacientů.

Bez zajímavosti není ani fakt, že pro pojišťovny jsou výdaje na primární péči mnohem lépe předvídatelné a plánovatelné.

■ Rizika spojená s návratem k výkonovým platbám

Periodicky se vracejí diskuse o návratu výkonového systému do úhrady primární péče. Takové návrhy vycházejí (a) z neznalosti principů a fungování KKVP, (b) z prosté závisti, postavené na domněnce, že praktici dostávají platby a neposkytují péči, (c) z touhy regulátorů mít namísto zájmu o kvalitu péče větší přehled o její kvantitě, o tom, kolik pacientů PL ošetřili a jaké výkony provedli.

Z uvedených argumentů vycházejí návrhy na návrat k vykazování. Navrhuje se vykazování kontaktů, tedy toho, že pacient přišel do ordinace nebo jinak kontaktoval svého PL, nebo přímo vykazování výkonů.

Nikdo nebude nutit lékaře cokoliv vykazovat bez toho, že by výkazy chtěl k něčemu používat. Případné vykazování tedy nejenomže zvýší administrativní zátěž PL, ale automaticky modifikuje jeho chování a zhorší kvalitu poskytované péče.

Vykazování kontaktů

Pokud by byla prosazena povinnost PL vykazovat kontakty s pacienty, budou se lékaři logicky snažit vykazovat hodně kontaktů. Budou pečlivě vykazovat i kontakty, například telefonické konzultace, které dnes nevykazují. Především však PL budou zvát své



pacienty častěji do ordinace, na kontroly, pro recepty. Budou tak mít více vykázaných kontaktů, ale méně času na skutečně nemocné pacienty.

Vykazování výkonů

Ještě větší dopad lze právem očekávat od případného vykazování výkonů. Takové rozhodnutí by znovu odstartovalo honbu za body, jak ji někteří pamatujeme z první poloviny devadesátých let minulého století. PL by své pacienty více zvali, více kontrolovali, odbírali by více odběrů, točili více EKG. Kvalita zdravotní péče by se nezlepšila, právě naopak.

Současně je nepochybné, že by zdravotní pojišťovny musely zavést nové regulace, protože objem financí do primární péče zůstane tak jako tak stejný.

Další rozvoj KKVP

Namísto závistivého zpochybňování a okopávání KKVP bychom měli diskutovat další rozvoj primární péče a jeho úhradové motivace.

Svobodná volba lékaře a registrující PL jsou silné stránky českého zdravotního systému i pojištění a měli bychom na nich dále stavět.

Koordinační role registrujícího PL by měla být dále posílena a správci systému by měli umět a mít odvahu toto posílení obhájit i přes předvídatelný odpor specialistů a nemocnic (které jsou také ambulantními specialisty). Cest je více, například:

- 1) tvrdý nebo měkký gate keeping, kdy registrující PL rozhoduje o tom, zda bude, či nebude neakutní specializovaná péče, případně hospitalizace, hrazena z pojištění,
- 2) držení rozpočtu, kdy PL drží rozpočet na určité další služby, například konzilia a komplement, a z tohoto rozpočtu služby pro své registrované pacienty nakupuje,
- 3) nebo komplexní nákladová regulace, kdy je úhrada PL závislá na tom, jaký objem péče jeho registrovaní pacienti v systému čerpají, přičemž různé druhy péče lze do této regulace promítnout s různou váhou.

Pro další rozvoj je ve všech případech potřeba fungující systém předávání a sdílení zdravotních informací se souhlasem a aktivním zapojením pacienta.

Současný stav, kdy naše primární péče nevzkvétá, nás musí vést k její podpoře a rozvoji, a ne k experimentálnímu ostřelování a zpochybňování. Lékařů v primární péči není dost a rychle stárnou. Potřebujeme do primární péče nové lékaře. Můžeme je přilákat do stabilizovaného systému s jasnou ekonomickou perspektivou, se smysluplnou administrativou, s prostorem pro odborný rozvoj a s předpokladem společenského ocenění.

Pokud budeme namísto toho systém primární péče zpochybňovat, destabilizovat, znovu a znovu regulovat a očeňovat, budeme brzy zápasit nejen s dostupností, ale především s kvalitou primární péče. Na to by doplatili naši pacienti. Je naší odpovědností nedopouštět se chyb, které by k tomu vedly.

Alocclair™

AFTY BOLET NEMUSÍ!

- RYCHLE ULEVUJE OD BOLESTI
- PODPORUJE HOJENÍ
- VYTVÁŘÍ OCHRANNÝ FILM
- K DOSTÁNÍ V LÉKÁRNÁCH

Bez věkového omezení

Alocclair gel

Alocclair ústní voda

NEXT FORCE

Alocclair™ Gel: Naneste 1-2 mm tenkou vrstvou, aby pokryly celou dříve nebo později vstřebatelnou povrchovou částí zubní korunky a chrupu. Znovu se připevňuje kontaktní aparátní a prodlouží se doba jejího působení. Čištění zubů a příslušná ústní hygiena. Zdravotnický prostředek.
Výrobce: Seclair Pharma Srl, Itálie.
Importér: s.r.o. MedForce a.s., Ráchevská 41, Chrudim, ČR, info@medforce.cz

www.alocclair.cz



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Doplnující informace z výboru OSPDL 18. 6. 2015

Ze setkání zástupců České společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku se zástupci OSPDL vyplynula ochota ke spolupráci na vytvoření nového kódu **Otoskopie** v ordinaci PLDD, na vzdělávacích kurzech a seminářích.

Poděkování patří lékařům, kteří se podíleli na očkování dětí při „pražské vodovodní havárii“ – proti hepatitidě A bylo naočkováno cca 1000 dětí (informovala MUDr. Szitanyi).

Setkání školitelů proběhlo bez problémů, téma bylo zvoleno interaktivní – prezentace přednášky, komunikace s médii, v druhém dnu komplexní informace vedoucí katedry, problematika akreditovaných pracovišť. Vzhledem k pravděpodobné spokojenosti účastníků (nebyly negativní ohlasy) předpokládáme volbu obdobného tématu na příští rok.

Předpokládaná **páteční témata** na příští rok: asthma bronchiale, nové postupy v léčbě, ORL problematika a foniatrie.

MUDr. Šebková byla požádána o odbornou podporu **grantu pro zjištění růstových dat**. Je velmi žádoucí, aby byly získány nové údaje, poslední měření, na kterém se rovněž podíleli PLDD, se konalo cca před 10 lety.

Na základě naší iniciativy v oblasti **poruch autistického spektra** jsme byli osloveni patientskou iniciativou, sdružením rodičů dětí s touto diagnózou, ke spolupráci na zlepšení diagnostiky, léčby a podmínek pro „běžný“ život těchto dětí.

Komise péče o dítě – vedením pověřena Ing. Tyburcová – řešena problematika baby-boxů, předpokládá se vypracování společného stanoviska „dětských“ odborných společností. OSPDL a SPLDD obdržely žádost o vyjádření se k **povinné registraci u PLDD** – obě organizace se vyjádřily kladně.

Na **webu** OSPDL byl vytvořen odkaz „**Informace pro praxi**“. V tomto oddíle budou umístovány vhodné vyšetřovací postupy v našich ordinacích. Jako první jsou zde k dispozici nefrologické diagnózy, které iniciativně vytvořili kolegové z pracovní skupiny pro nefrologii.

■ Některé informace z výboru OSPDL 11. 9. 2015

Část zasedání výboru byla společná s předsednictvem SPLDD – v této části se řešila

především problematika oboru a dalšího postupu při jeho obhajobě a obhajobě fungující primární péče o děti a dorost v ČR. Podrobné informace obdrží členové SPLDD prostřednictvím regionálních zástupců či webu.

25. 8. – MUDr. Šebková a MUDr. Kubátová se zúčastnily setkání, které bylo organizováno AIFP, **AP0-Letní škola** – v zahraničí je běžná spolupráce patientských organizací a odborných společností. Tento trend by měl být zaveden i u nás. Spolupráce těchto organizací je oboplně výhodná – odborným společenstvem může zvednout kredit, pacientům může pomoci v prosazování oprávněných požadavků vůči státní správě či pojišťovnám. Není zanedbatelná ani otázka přenosu odborných informací, možností léčby, péče o handicapované děti atp. Naše odborná společnost již takovou spolupráci zahájila – na poli vzácných onemocnění, poruch autistického spektra a máme zájem o její další rozvoj.

1. 9. – v plzeňském rozhlase proběhl den **informací o výživě** batolat. Dr. Šebková se zúčastnila v pořadu „Co vás zajímá“, aktivně se zúčastnil prim. MUDr. Tláškal – informace vyplývaly ze společné studie 1000 dní.

4. 9. – MUDr. Šebková se zúčastnila zasedání přívládní **komise pro PAS** – důležitou úlohou v této oblasti má včasná diagnostika, dále ale navazující rychlá a dostupná péče.

MUDr. Šebková a MUDr. Hülleová se setkaly nad připomínkami k novele zákona č. 95/2004 Sb. s ředitelem Odboru vědy a vzdělávání MZ Mgr. Podhrázkým. Jak se dalo očekávat, **zásadní připomínka** – zrušení oboru PLDD – **vypořádána nebyla**. Některé dílčí připomínky přijaty byly. Toto setkání znovu potvrdilo, jak nepřipravená a chaotická je novela, jak předkladatel netuší, co vlastně bude s další péčí o děti a dorost v ČR.

9. 9. – MUDr. Šebková a MUDr. Hülleová se setkaly s Ing. Tyburcovou, pověřenou **vedením komise péče o dítě** na MZ. Hlavní řešenou problematikou byla záležitost **ošetrování dětí uprchlíků**. Problematika není jednoduchá a evidentně je opět nepřipravená. Byl dohodnut základní postup, požádaly jsme o rychlou schůzku se zainteresovanými odborníky. Dostupné informace po zpracování budou k dispozici na webu.

– MUDr. Šebková – schůzka s kolegyněmi ze SZÚ – připravena **studie Zdraví 2016**.

Navazuje na již dříve prováděnou studii v ordinacích PLDD, týkat se bude alergií, dyslipidemií, nově možného obsahu těžkých kovů. Podrobné informace budou zveřejněny v dalším čísle VOXu.

11. 9. – MUDr. Šebková se zúčastnila dalšího zasedání **NIKO**. Zápis bude po obdržení k dispozici na webu OSPDL

■ MUDr. Gabriela Kubátová

19. 8. – MUDr. Kubátová – zasedání **redakční rady ZOP** ve SZÚ. Zapracovaly se připomínky do nového vydání ZOP. OSPDL provede revizi informací pro rodiče, které jsou v elektronické podobě na stránkách SZÚ.

10. 9. – **Kurs pro akreditátory**, účast dr. Kubátová, dr. Kyjonková, dr. Růžková. Kurz byl organizován IPVZ, garantem MUDr. Štolfa.

Představený projekt: Národní akreditační standardy pro primární péči.

Cíl projektu: Vytvořit **Národní akreditační standardy pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost** a další metodické materiály pro možnost zahájení procesu akreditace v primární péči. Jedná se o akreditaci kvality a bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních primární péče.

Standardy popisují stav, postupy a činnosti, které charakterizují poskytování zdravotních služeb na odpovídající úrovni kvality, definují ukazatele jejich naplnění a způsob jejich kontroly. Akreditace budou provádět vyškolení akreditátoři, a to pod garancí Ministerstva zdravotnictví.

MUDr. Kubátová jako vedoucí Zahraniční komise ve spolupráci s MUDr. Jilichovou Novou jsou členy organizačního výboru pro přípravu **podzimmního pracovního meetingu Evropské konfederace primárních pediátrů**, který se bude konat ve dnech **6.–8. 11. 2015 v Praze** pod záštitou OSPDL ČLS JEP. V rámci programu se bude 7. 11. dopoledne konat společně se zástupci SPLDD a OSPDL symposium s diskusním fórem na téma **Prevence v primární péči a Problematika péče o děti běženců v členských státech EU**. Meetingu se účastní i zástupci tisku a plánuje se závěrečný briefing.

*bez obsahu
antiseptické složky



Zácpa u pacientů s dysfunkcí dolních močových cest

MUDr. Marcel Drlík, FEAPU

odd. dětské urologie, Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha; TH klinika s.r.o., Praha

Funkční poruchy vyprazdňování moči a stolice u dětí patří mezi velmi časté důvody návštěvy praktického pediatra. Dříve byly tyto poruchy více vnímány jako dva samostatné problémy. Ve skutečnosti je fungování těchto systémů velmi provázané. Společný výskyt dysfunkce dolních močových cest a chronické zácpy je označován zkratkou BBD (Bowel-Bladder Dysfunction), která nahradila starší termín „dysfunkční eliminační syndrom“. Tato porucha má vleklý průběh, často není správně diagnostikována ani léčena a má negativní vliv na kvalitu života dětí a rodiny.

Incidence

Výskyt chronické zácpy u dětí je udáván v závislosti na věkové skupině mezi 0,7–29,6 %, enkopréza postihuje asi 3 % mladších školních dětí. Mezi pacienty s chronickou funkční zácpou lze nalézt až 30 % pacientů s některým z příznaků dysfunkce dolních močových cest. Na druhou stranu až 50 % pacientů s dysfunkcí má zácpu. Funkční zácpa se vyskytuje častěji u dětí obézních, s ADHD a úzkostnými poruchami.

Patofyziologie

Pro vzájemné ovlivnění funkce močového měchýře a rektu hovoří především anatomická blízkost těchto dvou orgánů. Prostor v malé pánvi u dětí je malý. Rektum přeplněné skybaly významně omezuje rozpínání močového měchýře a snižuje jeho maximální funkční kapacitu. Tato anatomická teorie byla potvrzena urodynamickými studiemi, které prokázaly, že distenze rektu je spojena se snížením kapacity a kontraktility detruzoru močového měchýře. Tytéž studie však ukázaly, že po vyprázdnění rektu dojde k vymizení poruch funkce měchýře jen u poloviny pacientů. Musejí se zde proto uplatňovat ještě jiné než mechanické faktory. V současné době je největší pozornost věnována poruše funkce pánevního dna a neuroregulaci močového měchýře. Zevní anální svěrač i svěrač uretry jsou součástí architektury svaloviny pánevního dna. Chronicky zvýšený tonus análního svěrače při chronické náplni rektu vede ke zvýšenému tonu celého pánevního dna a poruše relaxace zevního svěrače uretry v průběhu močení. Tato dyskoordinace mezi kontrakcí detruzoru močového měchýře a relaxací sfinkteru uretry se podílí na vzniku a udržování hyper-

aktivity močového měchýře, inkontinence moči, močových infekcí a dokonce i vezikoureterálního refluxu. Experimentální práce na zvířatech prokázaly překrývání senzorické aferentace z rektu stěny močového měchýře a oboustrannou neuromodulaci (neural cross-talk) mezi těmito orgány. Tento fakt by mohl být vysvětlením toho, že u pacientů s chronickou zácpou, kdy v důsledku chronické distenze rektu dochází k poklesu vnímání (poklesu senzitivity) náplně konečníku, dochází současně k poruše vnímání náplně močového měchýře a poklesu kontraktility detruzoru. Vyšší výskyt močových infekcí u pacientů s BBD souvisí jednak s chronickými postmikčními rezidui při nedostatečném vyprázdnění močového měchýře, jednak s vyšší náloží bakteriální kontaminace perinea u dítěte s chronickým špiněním (enkoprézou).

Diagnóza

Znalost standardních mezinárodních termínů je u dysfunkcí močových cest zásadní. Používání společného jazyka je nutné pro vzájemné porozumění praktického pediatra s jednotlivými specialisty, kteří mají tyto obtížné pacienty v péči (dětský urolog, dětský gastroenterolog, dětský neurolog a psycholog). V následujícím textu proto uvádím nejběžnější termíny:

BBD (Bowel-Bladder Dysfunction) – označuje pacienty se současným výskytem dysfunkce dolních močových cest (LUTD) a funkční zácpy (FC)

LUTD (Lower Urinary Tract Dysfunction) – termín označující širokou škálu poruch funkce dolních močových cest, který se dle Mezinárodní společnosti pro dětskou inkontinenci (ICCS) dělí na příznaky spojené

s plnicí (frekvence, inkontinence, urgency, nykturie) a vyprazdňovací funkcí měchýře (především strangurie a dysurie) a příznaky další (např. postmikční dribling, odkládané močení). Termíny jsou stanoveny pro děti staré 5 a více roků, u mladších dětí by měly být používány individuálně a s rezervou.

Frekvence – jako vyšší frekvenci močení označujeme ≥ 8 mikcí za den, za sníženou frekvenci ≤ 3 mikce za den.

Inkontinence – nevědomý únik moči. Může se jednat o trvalou (kontinuální) nebo občasnou (intermitentní) inkontinenci. Dále inkontinenci dělíme na denní a noční (enu-rézu).

Urgence – náhlé, silné, předem se neohlašující nucení na močení. Obvykle svědčí pro hyperaktivitu močového měchýře.

Nykturie – dítě se probouzí v noci, aby se vymočilo (ne z jiného důvodu).

Strangurie – dítě udává nutnost použití břišního lisu k zahájení a/nebo udržení mikce.

Dysurie – bolestivé či jiné nepříjemné pocity v průběhu močení.

Postmikční dribling – únik malého množství moči bezprostředně po vymočení.

Odkládané močení – je typicky spojeno se zadržovacími manévry, kdy se dítě snaží potlačit náhlé nucení na močení. Tohoto chování si nemusí být dítě plně vědomé, je však zřejmé rodičům. Děti typicky kříží nohy, sedají si na bobek, tlačí si na genitál.

FC (Functional Constipation) – pro diagnózu zácpy doporučuje ICCS používat definici dle klasifikace ROME III. Diagnóza se opírá o pečlivou anamnézu a o vyšetření per rectum (DRE – digital rectal examination) u dětí starších 4 let (obr. 1). Tato klasifikace pracuje také s tzv. Bristolskou škálou stolice (BSS – Bristol stool scale), což je



velmi praktická pomůcka opírající se o skutečnost, že vzhled a konzistence stolice lépe koreluje s dobou průchodu stolice trávicím traktem (transit time) než vlastní frekvence vyprazdňování (obr. 2). U každého pacienta s diagnózou zácpy je nutné nejprve aktivně pátrat v anamnéze a pomocí fyzikálního vyšetření po možných varovných známkách svědčících pro možnou organickou zácpu (obr. 3, 4). Pokud tyto známky chybějí, mluvíme o funkční zácpě.

Pro rodiče dětí s BBD je ve většině případů motivem ke konzultaci lékaře některý příznak spojený s dysfunkcí močových cest (frekventní močení, urgence, denní či noční inkontinence, recidivující močové infekce), protože je více zřejmý a tím považovaný za závažnější. V řadě případů, zvláště u dětí školního věku, již nemají rodiče přehled o frekvenci a charakteru stolice u dítěte a o zácpě nemusejí vědět. Proto je nutné, aby praktický pediatr u každého pacienta s příznaky dysfunkce močových cest aktivně po zácpě pátral. Ke stanovení diagnózy BBD, jak bylo uvedeno výše, stačí anamnéza a klinické vyšetření. Není třeba pomocných zobrazovacích vyšetření. V některých evropských zemích je za možnou alternativu k DRE považováno měření příčného průměru rekta pomocí ultrazvuku (TRD – transrectal diameter). Průměr rekta nad 33 mm je většinou autorů považován za abnormální. V klinické praxi se však toto vyšetření lépe hodí ke sledování úspěchu léčby než k diagnostice.

Léčba

Podle současných doporučení Mezinárodní společnosti pro dětskou kontinenci (ICCS – International Children's Continence Society) je v případě BBD nutné nejprve léčit zácpu. Až poté, co se zácpu podaří ovlivnit, se léčba soustředí na denní příznaky dysfunkce močových cest a nakonec na případnou enurézu. Důvodem je častý příznivý efekt na funkci močových cest. V případech úspěšné léčby zácpy se dle některých studií přestane pomočovat přes den až 90 % dětí a u 2/3 vymizí známky enurézy. Téměř u všech dětí s LUTD a recidivujícími infekcemi dolních močových cest dojde k výraznému ústupu četnosti infekcí. Často se zlepší koordinace funkce pánevního dna (ústup přerušované dysfunkční mikce) a poklesnou známky hyperaktivity močového měchýře. Vymizení zácpy je také jedním z nezávislých faktorů ovlivňujících spontánní úpravu primárního vezikoureterálního refluxu.

Zácpa je definována jako ≥ 2 pozitivní nálezy z následujících možností, alespon 1×/t, po 2 m

	< 4 roky věku	≥ 4 roky věku
Charakter vyprazdňování	Stolice < 3×/t (BSS typ 3,4) BSS typ 1 Inkontinence stolice ≥ 1 /t	Stolice < 3×/t (BSS typ 3,4) BSS typ 1 Inkontinence stolice ≥ 1 /t
Doprovázející příznaky	Anamnéza výrazné zácpy (retence) Křik, výrazné tlačení při defekaci (bolestivá, tuhá) Odchod velmi objemné stolice až ucpávající WC <i>Nechutenství, neklid mizící po odchodu stolice</i>	Retenční postoje (křížení nohou, napnuté nohy...) Bolestivá či výrazně tuhá stolice Odchod velmi objemné stolice až ucpávající WC
Vyšetření per rectum (DRE)	-	Fekalom

Obrázek 1 ROME III definice zácpy

Léčbu funkční zácpy zahajuje praktický lékař. Pokud příznaky LUTD přetrvávají i po vymezení zácpy, je konzultován dětský urolog. V případě, že se nepodaří zácpu potlačit, je nutno počítat s omezeným efektem uroterapie (režimová opatření cílená na močové cesty a medikace ovlivňující močové cesty). Cílem léčby funkční zácpy je dosáhnout alespoň tří měkkých, nebolestivých stolic za týden. Principem léčby je vyprázdnění nahromaděných skybal ve střevě a následná prevence jejich reakumulace. Široce dilatované hyposenzitivní rektum tak postupně získá svůj původní tonus a senzitivitu a dojde k obnově defekačního reflexu. Vlastní léčba zahrnuje čtyři fáze:

1) *Poučení a demystifikace problému*: rodičům musíme srozumitelně vysvětlit pod-

statu problému a skutečnost, že se nejedná o naschvál dítěte. Je dobré mírnit přehnaná očekávání rychlých změn, upozornit na dlouhodobost léčby a předložit jasnou a srozumitelnou strategii. Vyplatí se již předem rozptýlit obavy, že při dlouhodobém užívání laxativ vznikne u dítěte nějaká závislost.

2) *Začínáme vždy důkladným vyprázdněním pacienta*. Často se stává, že se lékaři rodiče spokojí s odchodem jedné či dvou stolic a považují to za dostatečné vyprázdnění. To nestačí, první vyprázdnění musí být důkladné, odcházející stolice musí být opakovaně měkká až řídká. Je chybou zahájit udržovací léčbu bez dostatečného vyprázdnění, protože udržovací dávky jsou nízké a nestačí zabránit reakumulaci stolice u nedostatečně vyprázdněného pacienta. V klinické praxi se osvědčilo perorální podání PEG – polyetylen-glykolu (Forlax) v útočné dávce 1–1,5 mg/kg/den. Tuto vysokou dávku (např. pro dítě o váze 20 kg jde o 2–3 „dospělé“ 10g sáčky na den!) podáváme několik dní, dokud není stolice řídká až průjmovitá. PEG je osmotické laxativum, které se nevstřebává skrze stěnu střeva, a proto není nutné bát se toxicity. V lékopise je uvedena hranice pro podání PEG 8 let, ale dle našich zkušeností lze lék bezpečně podat i mladším dětem. Ve Velké Británii je (NICE guidelines) PEG považován za lék první volby a je preferován před laktulózou. V našich podmínkách jde o off-label podání léku a rodiče musejí být o této skutečnosti poučeni. Účinek je vhodné potencionovat podáním mikroklyzmat (Yal sol., 1 amp., ráno po 2–3 dny). Další možností je opakované podání velkoobjemových klyzmat z fyziologického roztoku s malým

Bristolská stupnice stolice



Obrázek 2 Bristolská stupnice stolice



množstvím parafinového oleje. V nejtěžších případech nezbyvá než manuálně vybit stolicí v krátké celkové anestezii.

3) Po úplném vyprázdnění je možné přejít na *udržovací léčbu*, jejímž smyslem je předejít reakumulaci stolice v konečníku a umožnit opětné získání správného tonu i senzitivity rekta. Udržovací léčba se skládá z *dietních opatření, režimových opatření a udržovacích dávek laxativ*. Vliv diety na léčbu zácpy byl dříve přeceňován, děti i jejich rodiče byli šikanováni komplikovanými jídelníčky, které pouze vedly k „bitvám u jídelního stolu“ a ztrátě spolupráce dítěte. Dieta by se měla skládat z obvyklé racionální stravy a dostateku tekutin. Racionální strava v sobě obsahuje přirozené množství vlákniny. Běžné množství vlákniny by mělo zhruba odpovídat vzorci „věk + 5 g“ (např. jedno jablko obsahuje 5 g vlákniny, pomeranč 7 g). Pro potvrzení příznivého vlivu tradičního podávání vyšších dávek vlákniny neexistují v literatuře průkazná data. Stejně tak chybí přesvědčivá data pro podávání probiotik. Režimová opatření, označované také jako behaviorální nepunitivní postupy, v sobě zahrnují vytvoření rituálů, které jsou dětem vlastní. Každé ráno by si mělo dítě jít umýt ruce, pak se nasnídat a za 15–30 minut (využití gastrokolickeho reflexu) se pokusit o stolicí na WC, i když pocít nucení na stolicí chybí. Rodiče by měli dohlédnout na správnou polohu na WC – dítě by mělo sedět v mírném předklonu, při kterém dojde k napřimění anorektálního úhlu, a nohama se opírat o zem nebo podložku, což pomáhá ke správné relaxaci pánevního dna. Doporučujeme dostatek pohybu a zaznamenávání jednotlivých stolic do kalendáře. Kalendář slouží nejen k objektivizaci defekace, ale také pomáhá aktivně zapojit dítě do léčby. Klíčovou částí udržovací léčby je dlouhodobé podávání laxativ. Pro riziko relapsu by doba podávání neměla být kratší než 6 měsíců, a to i přes vymizení příznaků zácpy. U dětí používáme výhradně osmotická laxativa, stimulační laxativa nejsou vhodná. Doporučované dávky pro PEG (Forlax) jsou 0,5 g/kg/den, pro laktulózu (Duphalac) 2× 2,5 ml pro děti do 1 roku, 2× 2,5–10 ml do 5 let a 2× 2,5–20 ml u starších dětí. Tyto údaje jsou pouze orientační, je vždy důležité titrovat dávku tak, aby stolice byla pravidelná, nebolestivá a měkká, dokonce až průjemovitá. Vznik závislosti na osmotickém laxativu i při dlouhodobém podávání nebyl popsán.

Pro klinickou praxi je dobré vědět, že anticholinergika (preparáty Mictonetten,

ANAMNÉZA	FUNKČNÍ ZÁCPA	ORGANICKÁ ZÁCPA
Začátek obtíží	Až po několika měsících života (většinou při změně stravy, zavedením nočníku, školkou, anální trhlinou)	Od narození
Odchod smolky	Do 48 hodin (donošenec)	Po 48 hodinách
Psychomotorický vývoj	V normě, mentální retardace	Opožděný, hypotonie
Strava	Změny ve výživě, malý příjem tekutin	Neovlivněno
Léky	Anticholinergika, Fe, opiáty...	–
Neprospívání	Obvykle ne	Hypoparatyreóza, celiakie

Obrázek 3 Odlišení funkční a organické zácpy – anamnéza

FYZIKÁLNÍ NÁLEZ	FUNKČNÍ ZÁCPA	ORGANICKÁ ZÁCPA
Anus	Normální nález, někdy anální trhlina	Vpřed posunutý anus Mnohočetné fisury Chybění análního reflexu
Břícho	V niveau či mírná distenze	Výrazná distenze
LS oblast	Normální nález, kokcygeální sinus	Névy, ochlupení, lipom, asymetrie intergluteální rýhy, ochablé pánevní dno – „flat bottom“, sinus nad S1–3
Dolní končetiny	Normální tonus i reflexy	Deformity, anomální reflexy
Per rectum	Rozšířená ampula rekta vyplněná skybaly	Hyposenzitivita anu, úzké rektum

Obrázek 4 Odlišení funkční a organické zácpy – fyzikální nález

Mictonorm, Ditropan), běžně indikovaná u pacientů s hyperaktivním močovým měchýřem, ovlivňují nejen hladkou svalovinu měchýře, ale také svalovinu střev a mohou vyvolávat či zhoršit zácpu. Někdy bývá nutné tyto léky u pacientů s těžkou zácpou přechodně vysadit nebo snížit dávku na pouze ranní podání.

4) Posledním prvkem v léčbě je *dlouhodobé sledování*, spočívající v pravidelných kontrolách minimálně *po dobu 6 měsíců*, kdy je pravidelně vyhodnocován efekt léčby pomocí vyplněného kalendáře, klinickým vyšetřením břicha na přítomnost skybal; pokud má lékař možnost využít ultrazvuk, pak i měřením TRD.

I přes intenzivní léčbu zácpa přetrvává až u 30 % dětí. Příčinou bývá nejčastěji nízká compliance (spolupráce a vůle) rodiny k dlouhotrvající léčbě, méně často neadekvátní léčba (nedostatečně vyprázdněný fekalom v úvodu léčby, nízké udržovací dávky), vzácně pak špatná diagnóza (nerozpoznaná symptomatická zácpa – okultní myelodysplazie, minimální formy anorektální malformace, krátké formy Hirschprungovy

nemoci, neuronální intestinální dysplazie, hypotyreóza, celiakie, mukoviscidóza aj). Diagnóza a léčba těchto dětí pak probíhá ve spolupráci s dětským gastroenterologem, chirurgem a neurologem a přesahuje již rámec tohoto sdělení.

Zapamatujte si:

- U pacientů s příznaky dysfunkce močových cest vždy aktivně pátrejte po zácpě.
- Ke stanovení diagnózy zácpy stačí anamnéza a klinické vyšetření (ROME III klasifikace).
- Chronickou zácpu je nutné aktivně a agresivně léčit.
- Pokud i přes léčbu zácpy příznaky dysfunkce močových cest trvají, přizvěte k léčbě dětského urologa.



Hami mléka pro správný růst a vývoj



- ♥ díky obsahu **železa*** pro správný vývoj mozku **1,2 mg**
- ♥ **vápníku** pro správný růst kostí **120 mg**
- ♥ **vitaminu D** pro správný růst **3,1 µg**
- ♥ **bílkovin** u optimálním množství **1,5 g**

* Železo přispívá k normálnímu rozvoji rozpoznávacích schopností dítěte.

Uvedené hodnoty jsou obsaženy ve 100 ml Hami batoleciho mléka. Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenčů. Kojenec by měl být používán na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace najdete na obalech a www.klub-maminek.cz. Potravinu pro plodělnou výživu. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2015. BF359/07.



Syndrom akutního šourku u dětí

MUDr. Marcel Drlík, FEAPU

odd. dětské urologie, Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha; TH klinika s.r.o., Praha

Syndrom akutního šourku u dětí je charakterizován klinickým obrazem akutně vzniklých změn na šourku. Jde především o bolest, prosáknutí, otok, změnu velikosti, barvy či konzistence šourku. Zde je nezbytná včasná diferenciální diagnostika, protože některá onemocnění rychle vedou k nevratným změnám orgánů. Praktický pediatr by měl být schopen rozpoznat, že se u pacienta jedná o syndrom akutního šourku, a včas jej odeslat na oddělení dětské urologie či chirurgie ke stanovení diferenciální diagnózy a urgentnímu zahájení adekvátní léčby.

Diferenciální diagnostika syndromu akutního šourku je rozsáhlá. Příčiny je možné dělit na onemocnění postihující obsah šourku a obaly šourku (tab. 1). Jiným dělením je rozdělení podle frekvence výskytu. Nejčastěji nalézanou příčinou tohoto syndromu v dětském věku je torze apendixu varlete (45–59 %), s torzí semenného provazce se setkáváme méně často (26–27 %), epididymitis nalézáme vzácně (10–12 %). Je též praktické brát v úvahu věk chlapce. Torze semenného provazce se může vyskytnout v kterémkoli věku, nejčastěji v pubertě a u novorozenců. U kojenců se často setkáváme s uskřinutou tříselnou kýlou propagující se do šourku nebo s akutním zvětšením hydrokély při virovém onemocnění. Torze apendixu varlete je typická pro prepubertální chlapce mladšího školního věku, zatímco epididymitidy postihují spíše adolescenty.

Vyšetřující lékař je v časové tísní a musí se v první řadě soustředit na vyloučení bezprostředně ohrožujících onemocnění – torze semenného provazce a uskřinuté tříselné kýly. Obvykle k tomu stačí pečlivá anamnéza, klinické vyšetření, na většině pracovišť dobře dostupné ultrazvukové vyšetření s Dopplerem a vyšetření močového sedimentu. Vyloučení uskřinuté kýly zpravidla nepředstavuje problém, torzi semenného provazce v některých případech spolehlivě

vyloučit nelze a musí být indikována urgentní revize šourku. Až po vyloučení těchto dvou nejzávažnějších diagnóz je možné se soustředit na širší diferenciální diagnostiku. Následující text přináší stručnou informaci o nejčastějších onemocněních manifestujících se jako syndrom akutního šourku.

■ Torze semenného provazce

Ve většině případů se setkáváme s intravaginální torzí. Za nutnou predispozici je považováno dlouhé mezorchium s vysokým úponem obalů varlete na semenný provazec. Varle visí v obalech volně a při jeho otočení snadno dochází k zaškrcení (torzi) cév volného semenného provazce uvnitř obalů varlete (obr. 1). Tato anatomická abnormalita je téměř vždy oboustranná. S extravaginální torzí se setkáváme u novorozenců, u kterých ještě není vytvořeno pevné spojení mezi tunica vaginalis a tunica dartos a k torzi dochází proximálně od obalů varlete (obr. 1). Za nejvýznamnější rizikové faktory určující rozsah poškození jsou považovány *doba od začátku obtíží* a *stupeň torze semenného provazce*. Po šesti hodinách od začátku trvání příznaků rychle klesá šance na přežití tkáně varlete. Vznik nekrózy je však možný již po čtyřech hodinách za předpokladu vícenásobné torze provazce okolo své osy.

Základním příznakem torze je *náhle vzniklá a rychle se rozvíjející bolest šourku*. Menší část nemocných pociťuje bolesti v podbřišku nebo v třísele. Bolest může vzniknout ve spánku i při probouzení. Častěji však začátku bolesti předchází fyzická aktivita, náhlé změny teploty (skok do studené vody), u 4–8 % pacientů s torzí semenného provazce nalézáme v anamnéze úraz šourku. Část pacientů v předchorobí udává ataky spontánně ustupujících akutních bolestí šourku (intermitentní torze semenného provazce). Běžně nalézáme doprovodné vegetativní příznaky – nauzeu, zvracení, schvácenost, méně často paralytický ileus. U novorozenců a kojenců, neschopných sdělit své obtíže, bývá jediným nálezem patologický vzhled šourku zjištěný při porodu nebo náhodně při výměně plen. Při fyzikálním vyšetření má největší význam pohmatové vyšetření v prvních hodinách od vzniku obtíží. Varle je větší, palpačně bolestivé, lze je odlišit od nadvarlete. Edém kůže nemusí být zpočátku přítomen (obr. 2). Zarudnutí kůže a zvýšená tělesná teplota obvykle chybí. V důsledku zkrácení spermatického provazce při torzi bývá varle uloženo v šourku o něco výše. Po několika hodinách nebývá již možné pro narůstající edém, prosáknutí a zarudnutí šourku od sebe varle a nadvarle diferencovat ani posoudit maximum bolestivosti. Klinický nález na břiše a nad tříselným kanálem je v mezích normy. Velmi důležitou součástí klinického vyšetření představuje *posouzení výbavnosti kremasterického reflexu*, jehož přítomnost na postižené straně šourku torzi spermatického provazce vylučuje s téměř 100% senzitivitou. Specifita vyšetření je však nízká, absence tohoto reflexu torzi neprokazuje.

U všech pacientů provádíme *vyšetření močového sedimentu* k vyloučení kanalikulární epididymitidy. U pacienta s torzí je nález negativní. *Ultrazvukové vyšetření* je základní a nejpřínosnější vyšetření. Jeho

Tab. 1 Příčiny syndromu akutního šourku u dětí

Onemocnění obsahu šourku	Onemocnění obalů šourku
torze spermatického provazce	idiopatický edém šourku
torze apendixu varlete/nadvarlete	dermatitis
epididymitis	Henochova-Schönleinova purpura
orchitis	krvácení do cyst lymfedému
tříselná kýla/hydrokéla	Fourniéřova gangréna
nádor	
trauma	
varikokéla	
apendicitis v tříselné kýle	



Obrázek 1 Schematické znázornění intravaginální torze (A→B) a extravaginální torze (C→D) semenného provazce

hlavní výhodou je dobrá dostupnost, rychlost, neinvazivita a schopnost posoudit anatomické detaily důležité pro diferenciální diagnostiku. Klíčem je vyšetření průtoku varletem pomocí barevného Doppleru, které má vysokou specifitu (97–100 %), ale variabilní senzitivitu závisící na zkušenostech vyšetřujícího. Průkaz zachovalého cévního průtoku torzi zcela nevylučuje. Tato situace může nastat v časných fázích, u inkompletní nebo intermitentní torze (obr. 2). Vyšetřující by si měl též všimnout asymetrie varlat na podkladě ischemického otoku, chybějící perfuze nadvarletem a v ideálním případě i spirálovitého stočení cév semenného provazce (snail-shell shape sign), které je považováno za nejspolehlivější známku torze provazce. *Scintigrafické vyšetření šourku* (Tc-99m pertechnetát) má srovnatelnou senzitivitu s ultrazvukovým vyšetřením. Pro nemožnost posoudit další anatomické detaily, špatnou zobrazitelnost malých prepubertálních varlat a nízkou dostupnost vyšetření je v klinické praxi využíváno málo. *Perfuzní studie* (kontrastní ultrazvukové vyšetření a dynamická kontrastní magnetická rezonance) přináší ve srovnání s ultrazvukem vyšší specifitu a senzitivitu. Jsou založeny na principu detekce signálu způsobeného prvním průchodem kontrastní látky cévním řečištěm zdravého varlete ve srovnání s absencí signálu v druhostranném ischemickém varleti. Cena a omezená dostupnost limitují využití těchto metod v klinické praxi. Při hodnocení příznaků, klinického nálezu a ultrazvukového zobrazení je třeba pacienta vždy posuzovat ve vztahu k délce trvání ischemie, protože jak *subjektivní příznaky*, tak *objektivní klinický náález i ultrazvukový obraz se v čase mění* (obr. 2).

Pokud není možné u pacienta vyloučit torzi semenného provazce, je dle aktuálního doporučení EAU a ESPU indikována urgentní

revize šourku při trvání obtíží do 24 hodin, při trvání nad 24 hodin je možný semielektivní výkon. Revize šourku se u dětí provádí v celkové anestezii z řezu na šourku, kdy operátor nejprve provede manuální detorzi semenného provazce. Pokud je varle nekrotické, odstraní se. Vitální varle preventivně fixuje nevstřebatelnými stehy k septu šourku. U intravaginální torze semenného provazce je vždy nutné provést preventivní fixaci také druhého varlete, nejlépe v jedné době.

Kromě výše zmíněného typického průběhu torze se můžeme setkat se vzácnými formami torze. Pacienti s *intermitentní torzí semenného provazce* typicky udávají opakující se ataky silných spontánně ustupujících bolestí varlete. V době vyšetření je klinický náález ve většině případů normální. Vysoce specifickou známkou, upozorňující na možnost vysokého úponu obalů varlete na semenný provazec, je horizontální poloha varlat v šourku při vyšetření pacienta vestoje. Léčbu představuje preventivní fixace obou varlat. *Zastaralá torze*: stud adolescentů, částečný ústup subjektivních obtíží nebo počáteční chybná diagnóza mohou způsobit pozdější při stanovení správné diagnózy. V těchto subakutních případech bývá bolest již malá nebo žádná, otok a zarudnutí kůže šourku ustupují. Varle je na pohmat tuhé, větší, minimálně bolestivé, obtížně diferencovatelné od nadvarlete. Na ultrazvuku nalézáme typicky ložiska nepravidelné echogenicity svědčící pro nekrózu varlete (obr. 2). V těchto případech není nutná urgentní revize šourku. Je elektivně indikována orchiektomie a fixace kontralaterálního varlete. *Torze intraabdominálně uloženého nesestouplého varlete* se může projevit pod klinickým obrazem náhlé příhody břišní, retence varlete v třísle může imitovat uskřínutou tříselnou kýlu. Proto je nutné diferenciálnědiagnosticky pomýšlet na toto

onemocnění u každého dítěte s nehmátným varletem a akutními bolestmi břicha nebo třísla. *Perinatální torze semenného provazce* postihuje novorozence. Ve většině případů jde o extravaginální prenatální torzi provazce a postižené varle již nelze zachránit. Přístup k diagnostice a léčbě by však měl být stejný aktivní jako u starších dětí. Hlavním důvodem tohoto postupu je snaha maximálně předejít možné fatální ztrátě zbylého varlete v případě asynchronní kontralaterální torze.

■ Torze apendixu varlete/nadvarlete

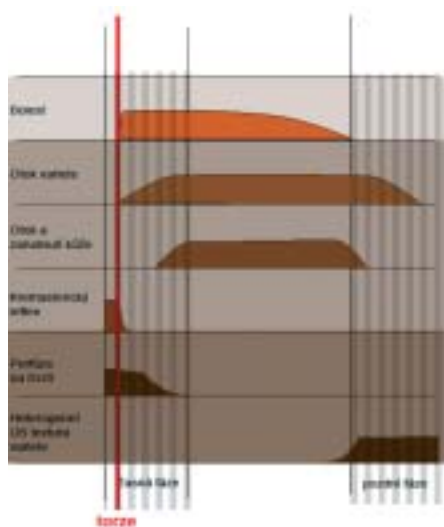
Apendix varlete je zbytkem Müllerova vývodu, nachází se při horním pólu varlete, apendix epididymis je zbytkem Wolffova vývodu, naléhá na hlavu nadvarlete. Oba jsou zavěšeny na tenkém cévním pediklu, u kterého může snadno dojít k torzi. Příznaky jsou velmi variabilní. Nejčastěji se setkáváme s mírnou bolestí šourku při chůzi a fyzické aktivitě. Pozvolný nástup obtíží a mladší věk (méně než 10 let) jsou pro onemocnění typické a pomáhají odlišit toto onemocnění od torze semenného provazce. Vzácně jsou lokální příznaky více vyjádřeny nebo nastupují rychleji a odlišení od ostatních příčin syndromu akutního šourku je obtížnější.

Klíčem k diagnóze je náález maximální bodovité palpační bolestivosti při horním pólu varlete. Při pečlivém pohmatu lze často při horním pólu varlete rozeznat drobnou palpačně bolestivou kulovitou rezistenci. Hlava nadvarlete může být zvětšená, vlastní varle je nebolestivé. Vysoce senzitivním příznakem je kůži prosvítající hemoragicky infarzovaný apendix (blue dot sign), nalézaný cca u 10–20 % případů. Kremasterický reflex bývá výbavný. Celkové příznaky chybějí. Z forenzních důvodů je vhodné vždy potvrdit normální perfuzi varlete ultrazvukovým dopplerovským vyšetřením. Protože drobný ischemický apendix naléhá na nadvarle, dochází v nadvarleti k reaktivním zánětlivým změnám a ultrazvukový náález bývá často chybně interpretován jako epididymitis. V močovém sedimentu není přítomna leukocyturie.

Léčba je symptomatická – klidový režim, podávání nesteroidních antiflogistik, studené obklady šourku.

■ Epididymitis

Většinou vzniká na podkladě ascendentní infekce z močových cest. U prepubertálních chlapců jde o vzácné onemocnění, téměř u poloviny těchto pacientů se později na-



Obrázek 2 Dynamika příznaků, fyzikálního a ultrasonografického nálezu u torze semenného provazce

leze anatomická či funkční anomálie močových cest (chlopeč zadní uretry, ektopický ureter, neurogenní močový měchýř aj.). Endoskopické transuretrální výkony v anamnéze, intermitentní katetrizace močového měchýře a léčba amiodaronem představují další rizikové faktory. U adolescentů, v souvislosti se začátkem sexuálního života, narůstá incidence epididymitid způsobených sexuálně přenosnými infekcemi, zvláště chlamydiemi.

Pro klinický obraz je typický postupný nástup bolestí, otoku a zarudnutí šourku. Zpočátku lze palpačně odlišit bolestivé a zduřelé nadvarle od nebolestivého varlete, později nadvarle splývá s varletem v jeden tuhý, velmi bolestivý útvar. Na začátku obtíží horečky nebývají, systémové vegetativní příznaky chybějí. Kremasterický reflex nemusí být výbavný.

Vyšetření močového sedimentu je důležité pro rychlé vyloučení infekce močových cest. Při nálezu leukocyturie je indikováno kulti-vační vyšetření moči, v případě sexuálně aktivních chlapců doplňujeme test na přítomnost chlamydií a ureaplazmy. Ultrazukové vyšetření šourku zobrazí zvětšené, obvykle mírně hypoechogenní nadvarle se známkami vyšší perfuze. Perfuze varletem je zachována. Součástí ultrazukového vyšetření by mělo být také vyšetření ledvin a močového měchýře k vyloučení anatomických anomálií postihujících močové cesty.

U pacientů se známkami infekce močových cest je indikováno okamžité zahájení antibiotické léčby s pozdější korekcí dle výsledku kulti-vačního vyšetření moči. U pacientů

s anatomickou či funkční subvezikální obstrukcí je vhodné zvážit zavedení dočasné punkční epicystostomie.

■ Akutní orchitis

Izolovaný zánět varlete je vzácný. Příčinou je obvykle hematogenní virová infekce (příušnice, méně často infekční mononukleóza). Klinický nálezn je velmi podobný epididymitis. Pokud máme možnost pacienta vyšetřit na začátku onemocnění, nalézáme silně bolestivé, zvětšené varle v zarudlém a prosáklém šourku. Celkové známky zánětu bývají přítomné. U většiny pacientů s příušnicemi předchází známky zánětu slinné žlázy postižení varlete. Je vždy nutné vyšetřením moči vyloučit bakteriální močovou infekci a pomocí ultrazuku potvrdit zachovalé prokrvení ve varleti. Obecnými principy léčby jsou klidový režim a symptomatická léčba (analgetika, nesteroidní antiflogistika, dostatek tekutin). Častým následkem je atrofie varlete, udávaná až ve 30–50 %, poruchy fertility nalézáme u 13 % pacientů. Některé nedávné práce naznačují, že u příušnic může interferon 2 bránit replikaci viru a tím snižovat rozsah následného poškození tkáně varlete.

■ Akutní idiopatický edém šourku

Diagnóza bývá stanovena až po vyloučení ostatních možností. Je pro něj typický náhlý začátek, postihuje především chlapce do 10 let s maximem mezi 4–7 lety. Vyznačuje se tužším prosáknutím stěny šourku, pohmat šourku je nebolestivý. Zarudnutí může chybět. Pravděpodobně se pod touto diagnózou často skrývá alergická či chemická dermatitis, reakce na pokousání hmyzem či drobné trauma. Při vyšetření pacienta se nesmí zapomenout na vyšetření perinea a perianální oblasti. Zánětlivá onemocnění v těchto oblastech (např. perianální absces) se mohou šířit až na šourek. Kauzální léčba není známa. Podávají se nesteroidní antiflogistika. Otok vymizí obvykle během několika dní.

■ Henochova-Schönleinova purpura

Známky akutního šourku nalézáme až u 1/3 chlapců se známkami Henochovy-Schönleinovy purpury. Jde o neinfekční epididymitis na podkladě vaskulitidy. Opět je nutné vyloučit torzi spermatického provazce ultrazukovým vyšetřením, chemické vyšetření moči často zachytí hematurii a protein-

urii, na kůži nalézáme typickou vyrážku. Léčba je symptomatická.

■ Úraz šourku

Anamnéza úrazu nevylučuje torzi semenného provazce. Při ultrazukovém vyšetření nalézáme hematokélu, intratestikulární hematom nebo rupturu tunica albuginea. Vždy je nutné vyloučit současné poranění uretry, které se projevuje bolestí při mikci a mikroskopickou či makroskopickou hematurií. Zhmoždění varlete s drobným intratestikulárním hematomem a malou hematokélou je zpravidla léčeno konzervativně. Velký intratestikulární hematom, velká hematokéla a ruptura tunica albuginea jsou indikací k chirurgickému ošetření.

Zapamatujte si:

- nejčastější příčinou syndromu akutního šourku u dětí je torze apendixu varlete/nadvarlete
- příznaky, klinický a ultrazukový obraz torze semenného provazce se v čase mění v závislosti na rozvoji ischemických a reaktivních zánětlivých změn. Krátce po vzniku torze semenného provazce může být jediným příznakem silná bolest bez klinických změn na šourku, naopak u zastaralé formy torze může být šourek pouze zvětšený, prosáklý a již nebolestivý
- přítomnost kremasterického reflexu téměř jistě vylučuje torzi semenného provazce na této straně
- při vyšetření dítěte s podezřením na náhlou příhodu břišní je nutné kromě břicha a třísel vyšetřit také zevní genitál. Pokud chybí některé z varlat, je nutné myslet na torzi nesestouplého varlete
- u pacientů s anamnézou opakujících se atak silných spontánně ustupujících bolestí varlete je třeba myslet na možnost intermitentní torze semenného provazce
- až u poloviny prepubertálních chlapců s epididymitis a současnou močovou infekcí lze nalézt anatomickou anomálii močových cest
- ultrazukový nálezn reaktivních zánětlivých změn epididymis a reaktivní hydrokéla u torze apendixu varlete bývá často chybně interpretován jako epididymitis



Renální tubulární acidóza jako příčina poruchy růstu a neprospívání dítěte

MUDr. Jana Zamboryová, MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.,
MUDr. Eva Sládková, MUDr. Dominika Cvalínová
Dětská klinika LF UK a FN Plzeň

■ Úvod

Ledviny se podílejí na udržování acidobazické rovnováhy zpětnou resorpcí hydrogenuhlíčitanu v proximálním tubulu a sekrecí vodíkových iontů v distálním tubulu. Při poruše těchto mechanismů vzniká renální tubulární acidóza.

Proximální renální tubulární acidóza se vyvíjí při poruše zpětné resorpce hydrogenuhlíčitanu v proximálním tubulu. Častější, ale závažnější distální renální tubulární acidóza je způsobena poruchou sekrece vodíkových iontů v distálním nefronu, kdy pacient není schopen acidifikace moči.

Onemocnění se vyskytuje sporadicky, familiárně (autozomálně dominantně, autozomálně recesivně) nebo vzniká sekundárně. Porucha růstu u chronické acidózy je důsledkem navození rezistence k růstovému hormonu a k humorálnímu faktoru IGF-1 (inzulinu podobný růstový faktor 1).

■ Kazuistika

Naše kazuistika se týká vietnamského dítěte s těžkou růstovou poruchou a neprospíváním. Dívka se narodila v termínu sekci pro alteraci ozev, s porodní hmotností 3170 g a délkou 48 cm, kříšena nebyla. Od narození neprospívala. Rodinná anamnéza byla bezvýznamná.

Ve 3 měsících věku byla hospitalizována na spádovém pracovišti pro neprospívání, dehydrataci a zvracení. Tehdy byla poprvé zachycena metabolická acidóza.

Ve třinácti měsících věku byla dívka znovu hospitalizována na spádovém pracovišti s celkovou alterací stavu při dehydrataci, několika dnů trvajících febriliemi, zvracením a řídkými stolicemi. Ve vstupním laboratorním vyšetření byla přítomna hypokalémie, hyperchlorémie a metabolická acidóza.

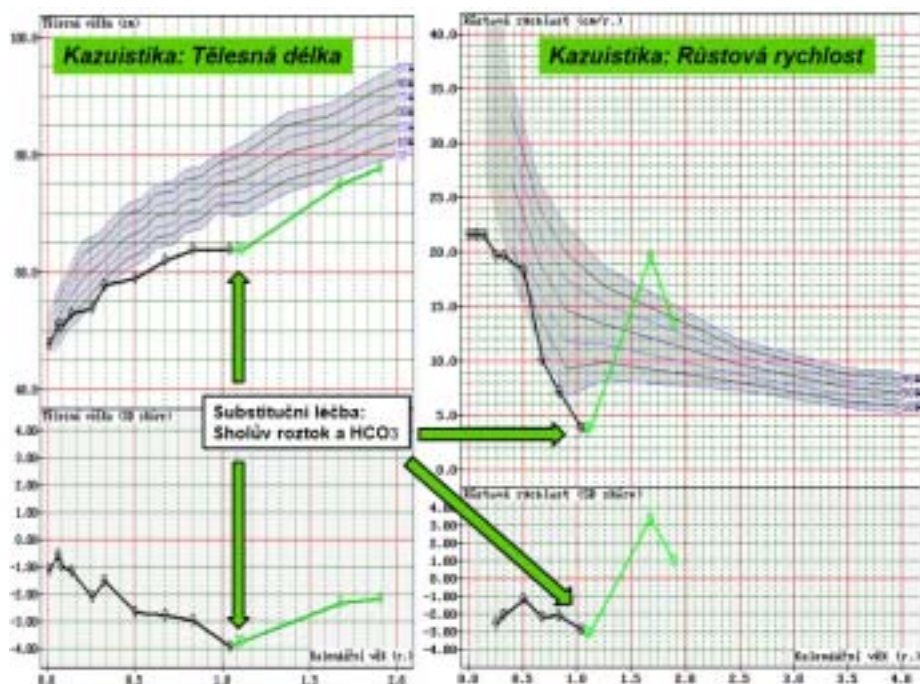
Pro známky zhoršujícího se metabolického rozvratu byla přeložena na naše klinické pracoviště. Při přijetí bylo dítě oběhově a ventilačně stabilní, v klinickém obraze dominovala polyurie, laboratorně byla

potvrzena metabolická acidóza (pH 7,29, BE -15,7, HCO_3^- akt. 9,7), hyperchlorémie a těžká hypokalémie 2,1 mmol/l (norma 3,3–4,7 mmol/l). Dítě bylo psychomotoricky retardované, dystrofické, s přítomnou těžkou růstovou poruchou. Hmotnost při našem prvovýšetření ve 13 měsících věku byla 5,5 kg, tělesná délka 64 cm. V růstovém percentilovém grafu určeném pro českou dětskou populaci byl patrný kontinuální odklon pod 3. percentil, s vývojem tělesné délky z -1 SD na -4 SD (obr. 1), s odklonem tělesné hmotnosti z -1 SD na -5,5 SD (obr. 2), obvodu hlavy z -1 SD na -3 SD. Biologický věk dítěte byl opožděný na 6 měsíců.

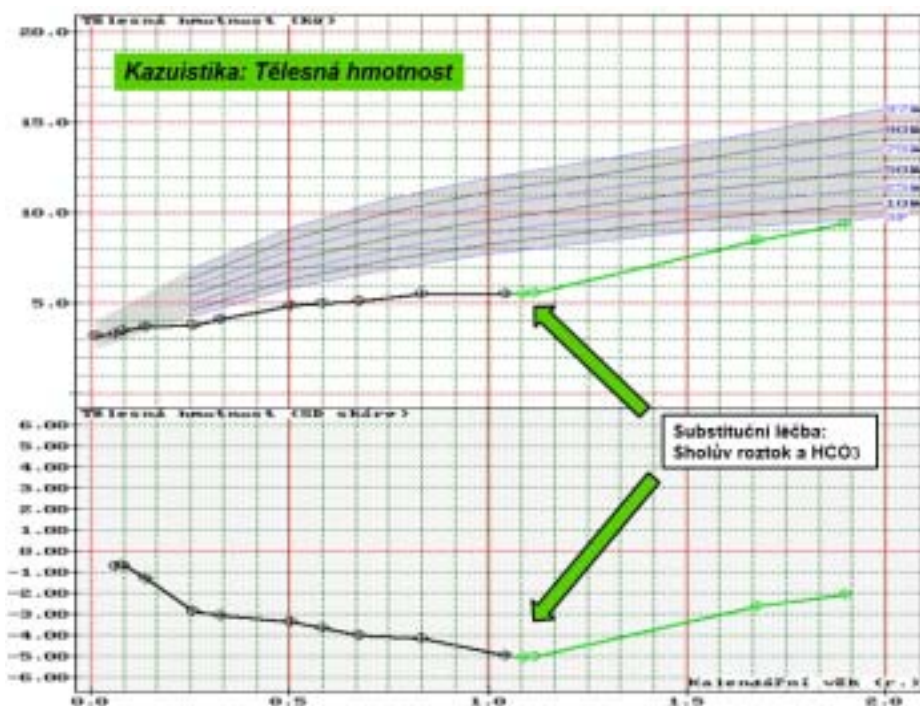
Vyloučili jsme možnost endokrinní poruchy, z chronických onemocnění s ohledem na neprospívání především možnost celiakie a cystické fibrózy. Parametry kalciového metabolismu včetně hladiny parathormonu byly v normě. Při sonografickém vyšetření byla zjištěna oboustranná medulární ne-

frokalcinóza. S ohledem na současnou metabolickou acidózu a hypokalémii byla stanovena **diagnóza renální tubulární acidózy nejspíše distálního typu**. V současné době probíhá genetické vyšetření.

Terapeuticky ke korekci metabolické acidózy bylo u dítěte zahájeno podávání Sholova alkalizujícího roztoku a 1M NaHCO_3 , doporučena úprava jídelníčku. Po dimisi je dítě ve sledování nefrologické poradny na našem klinickém pracovišti. Poslední kontrola proběhla ve věku 23 měsíců. Po korekci acidózy došlo k výraznému zlepšení antropometrických parametrů, kdy tělesná délka vzrostla z -4 SD na -2 SD (obr. 1), BMI (body mass index) akceleroval z hodnoty pod 3. percentilem na hodnotu mezi 25.–50. percentilem, tedy do pásma normální výživy. Acidobazická rovnováha se při substituční terapii znormalizovala.



Obrázek 1 Růstová křivka a graf růstové rychlosti ukazují progresivní zpomalování růstu do 13 měsíců věku. Po korekci metabolické acidózy je patrné urychlení růstu



Obrázek 2 Graf vývoje tělesné hmotnosti ukazuje odklon tělesné hmotnosti z -1 SD na -5,5 SD ve 13 měsících věku. Po korekci metabolické acidózy je patrný progresivní vzestup tělesné hmotnosti



Fenotyp dítěte v době stanovení diagnózy renální tubulární acidózy

Věk: 13 měsíců, délka: 64 cm (-4 SD), BMI 12,7 kg/m² (pod 3. percentilem, pásmo snížené výživy)

Patofyziologický mechanismus	Příklady klinických jednotek
Acidóza	• Renální tubulární acidóza • Chronická renální insuficience • Špatně léčený diabetes mellitus
Tkáňová hypoxie	• Cystická fibróza • Cyanotická srdeční vada • Chronická anémie
Proteinový a energetický deficit	• Hladovění • Mentální anorexie • Crohnova nemoc • Cystická fibróza • Chronická renální insuficience
Porucha vodního a elektrolytového metabolismu	• Diabetes insipidus renalis • Chronická renální insuficience • Bartterův syndrom
Porucha kostního metabolismu	• Osteogenesis imperfecta • Achondroplazie • Hypochondroplazie • Turnerův syndrom (?)
Chronický zánět	• Juvenilní idiopatická artritida • Crohnova nemoc • Cystická fibróza

Zdroj: Lebl J, Krásničanová H. Růst dětí a jeho poruchy. Praha: Galén, 1996, s. 49



Fenotyp dítěte po korekci metabolické acidózy

Věk: 23 měsíců, délka: 78 cm (-2 SD), BMI 15,4 kg/m² (25.-50. percentil, pásmo normální výživy)

Závěr

Vyšetření dítěte s růstovou poruchou musí být vždy komplexní. Vedle endokrinní poruchy vylučujeme chronická onemocnění systémové povahy, mezi něž patří také vy-

loučení renální tubulární acidózy. U dítěte s růstovou poruchou by měla být vždy vyšetřena acidobazická rovnováha.

Vietnamské děti často rostou podle percentilových grafů pro českou dětskou populaci v pásmu velmi malé výšky pod 3. percenti-

lem, ale i jejich růst musí být plynulý s odpovídajícím růstovým tempem.



Sérologický přehled 2013 vybraných infekcí očkovacího kalendáře

MUDr. Eva Jílková¹, Ing. Hana Tomášková, Ph.D.²,
MUDr. Daniela Fránová², RNDr. Alena Kloudová²,
MUDr. Hana Zelená²

¹Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

²Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

■ Úvod a metodika

Sérologické přehledy (SP) jsou průřezovou prevalenční studií, ve které se vyšetřují a následně hodnotí výsledky sérologického stanovení protilátek proti vybraným infekcím. SP poskytují cenný materiál o imunitním stavu obyvatelstva, informace pro epidemiologické studium nemocí a důležité podklady pro závažná rozhodnutí při intervencích do očkovacích programů. V bývalém Československu se realizovaly pravidelně, poprvé v roce 1960 cíleně na poliomyelitidu. Z pověření Ministerstva zdravotnictví ČR realizovaly SP v roce 2013 zdravotní ústavy v úzké spolupráci s praktickými lékaři pro děti a dorost a praktickými lékaři pro dospělé. Na doporučení Národní imunizační komise (NIKO) byly v SP2013 vyšetřeny protilátky proti příušnicím, spalničkám, virové hepatitidě B (VHB) a dávivému kašli (pertusi).

Projekt navázal na výsledky sérologického přehledu z roku 2001 a shodně s ním byl koncipován v souladu s požadavky členských států EU a WHO (projekty ESSEN a ESSEN2).

Pro reprezentativní výběr byly ve všech krajích ČR náhodně vybrány 1–3 okresy (celkem 30 okresů, včetně tří městských částí Prahy) – obr. 1 a v nich náhodně vybráni praktičtí lékaři pro děti a dorost a pro dospělé. Děti a mladí dospělí byli vyšetřeni ve věku od 1 do 24 let v jednoletých věkových skupinách s plánovaným počtem 100 respondentů ve věkové skupině. Dospělí starší 25 let byli vyšetřeni v pětiletých věkových kategoriích po 100 osobách. Celkem bylo plánováno v rámci víceúčelového sérologického přehledu vyšetřit 3200 sér osob ve věku 1–64 let. Konečný počet odebraných a analyzovaných sér byl 3112 (tj. 97 %). Počty ve věkových skupinách se pohybovaly v rozmezí 88–103 osob (graf 1). Vyšetření odebraných vzorků se prováděla akreditovanými metodami v laboratořích Zdravotního ústavu v Ústí nad Labem (příušnice a pertuse) a Ostravě (spalničky a VHB).

Ve spolupráci s praktickými lékaři pro děti a dorost a praktickými lékaři pro dospělé byla rovněž sbírána data o provedených očkováních. Sérologické výsledky byly analyzovány v souvislosti s očkovacím statutem.

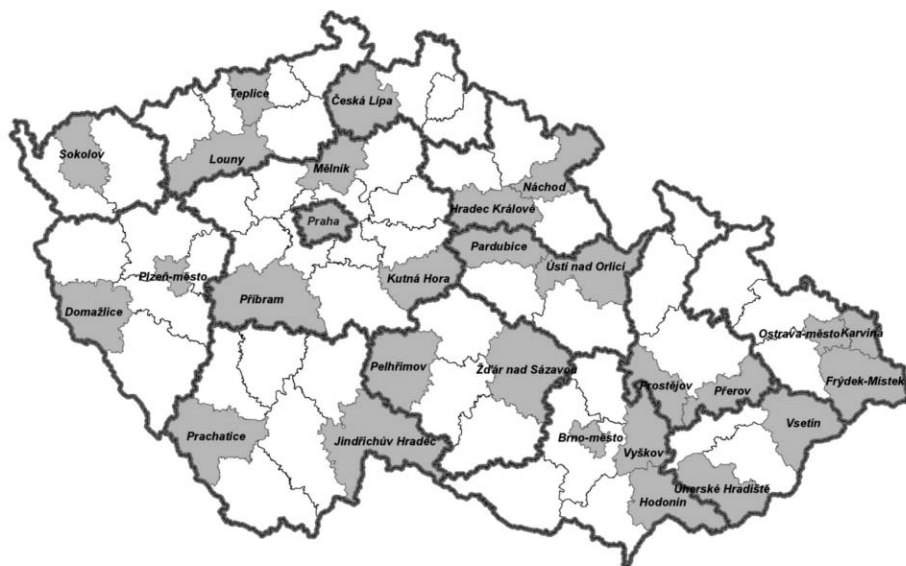
■ Výsledky sérologického přehledu 2013 – spalničky

Úvod a metody: Výskyt spalniček do doby realizace SP2013 byl velmi nízký (0–30 případů/rok od r. 2000) a často se jednalo o importované případy. V okolních evropských zemích však probíhají epidemie a cílem SP bylo ověřit kolektivní imunitu v ČR. Protilátky proti spalničkám byly vyšetřeny u 3111 sér osob testem na přítomnost IgG protilátek enzymatickou imunoanalýzou (EIA) (komerční souprava Measles IgG (II) EIA firmy Denka, Seiken, Japonsko). Výsledky jsou uváděny v hodnotách EIA (pozitivní výsledky: hodnoty >400, hraniční výsledky: 200 až 400, negativní výsledky: hodnoty <200). Silně pozitivní vzorky s hodnotou EIA > 3200 nebyly z ekonomických důvodů dále testovány (997 vzorků – 32 %).

Výsledky: Graf 2 dokumentuje podíl pozitivních, hraničních a negativních výsledků vyšetření protilátek proti viru spalniček ve věkových skupinách, graf 3 podíl hodnot EIA > 3200 z pozitivních výsledků. U věkové skupiny 30–44 let byla zjištěna nižší postvakcinační imunita ve srovnání s postvakcinační imunitou osob do 29 let věku a postinfekční imunitou nad 45 let věku. Nejnižší procento séropozitivity (77 %) ve věkové skupině 40–44 let odráží skupinu, která byla očkována jednou dávkou očkovací látky do jednoho roku věku, ne všichni byli očkováni druhou dávkou při vstupu do první třídy.

V roce 1969 bylo zavedeno povinné očkování dětí. Osoby nad 45 let věku spadají mezi neočkované, a tudíž přirozeně promožené, čemuž odpovídají i vyšší hodnoty hladin protilátek IgG proti viru spalniček (séropozitivita 98 %).

U dětí ve věku 1–18 let se podařilo zjistit až na pět případů informace o očkování. Ve věkové skupině jednoletých je 24 % dětí mladších 15 měsíců (tj. nesplňují věkové kritérium pro podání 1. dávky dle platné



Obr. 1 Vybrané okresy v rámci SP2013



legislativy) a 10 % dětí, které v době odběru sice byly starší 15 měsíců věku, avšak nebyly ještě naočkovány. Celkem je tedy v této věkové skupině nenaočkováno 34 % dětí. Proočkovanost ve věkové skupině 2–18 let se pohybuje od 96 do 100 %. Situace u věkových skupin 19–64 let byla daleko horší, nepodařilo se zjistit informace o očkování u 383 osob (28 %) z celkového počtu 1343 vyšetřených osob. Osoby nad 45 let dle platné legislativy nepodléhaly očkování. U dospělých nenaočkovaných nebo s nedostupnými informacemi o očkování je celková séropozitivita 95 %, což je díky postinfekční imunitě lehce vyšší hodnota než v celém souboru.

Závěr: Výsledky SP2013 ukázaly vysokou postvakcinační imunitu u osob do 29 let, nižší ve věkových skupinách 30–39 let a nejnížší ve věkové skupině 40–44 let. Výsledky korespondují s údaji o proočkovanosti. Vysoká séropozitivita osob nad 45 let věku vyjadřuje postinfekční imunitu.

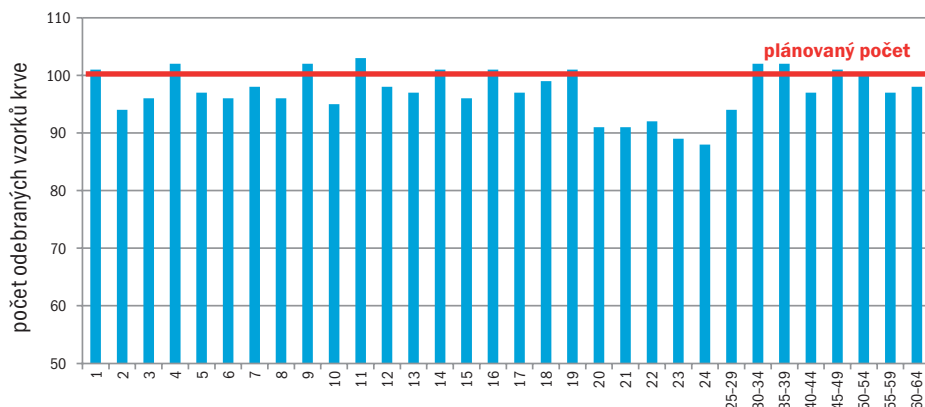
■ Výsledky sérologického přehledu 2013 – příušnice

Úvod a metody: Opakovaně probíhající epidemie ve vysoce proočkované populaci byly důvodem pro zařazení příušnic mezi infekce sledované v sérologickém přehledu 2013. Po zahájení plošného očkování proti příušnicím v ČR se nemocnost příušnicemi snižovala až na velmi nízké hodnoty v letech 1999–2001. V následujících letech se v řadě krajů ČR objevovaly lokální epidemie příušnic, např. v r. 2012 v Karlovarském, Pardubickém a Královéhradeckém kraji (3902 případů). Dlouhodobě je nejvyšší nemocnost zjišťována ve věkových skupinách 15–19 a 10–14 let.

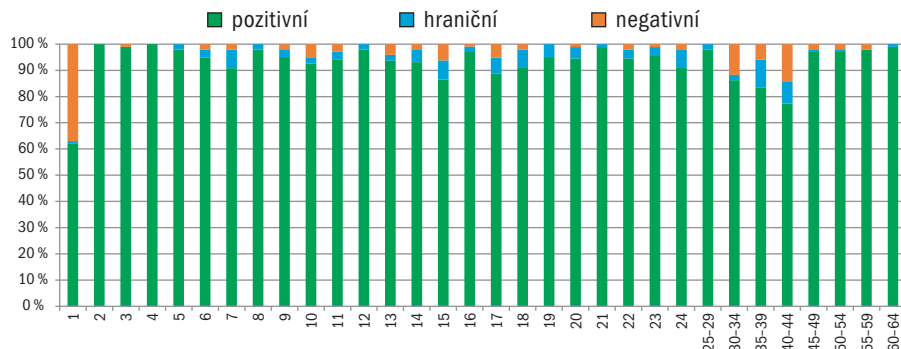
V SP2013 bylo vyšetřeno 3110 sér na přítomnost specifických IgG protilátek proti viru příušnic. Séra byla vyšetřena komerční soupravou DIESSE Diagnostica Senese (Italy) metodou založenou na principu imunoenzymatické analýzy ELISA. Výsledky jsou uváděny jako index, který je použitelný jako kvantitativní měřítko, protože je úměrný množství přítomných IgG protilátek. Plošné očkování proti příušnicím bylo zahájeno v roce 1987, v době provedení SP2013 byly takto očkovány osoby ve věkové skupině 1–27 let.

Výsledky: Zjištěné procento séropozitivity je nejvyšší v prvních letech po provedeném

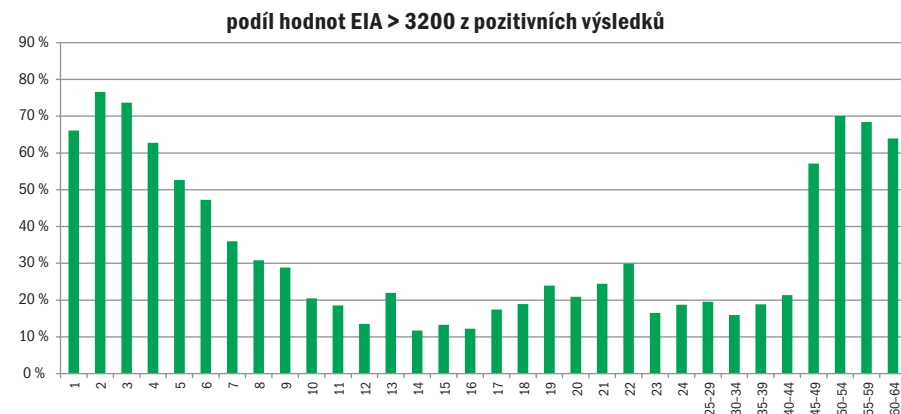
Graf 1 Počty odebraných vzorků krve dle věkových skupin



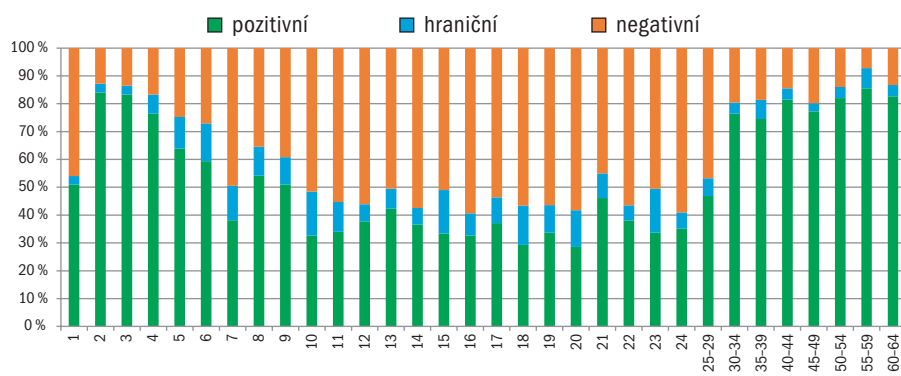
Graf 2 Spalničky – podíl pozitivních, hraničních a negativních výsledků vyšetření protilátek proti viru spalniček



Graf 3 Spalničky – podíl hodnot EIA > 3200 z pozitivních výsledků vyšetření protilátek proti viru spalniček ve věkových skupinách

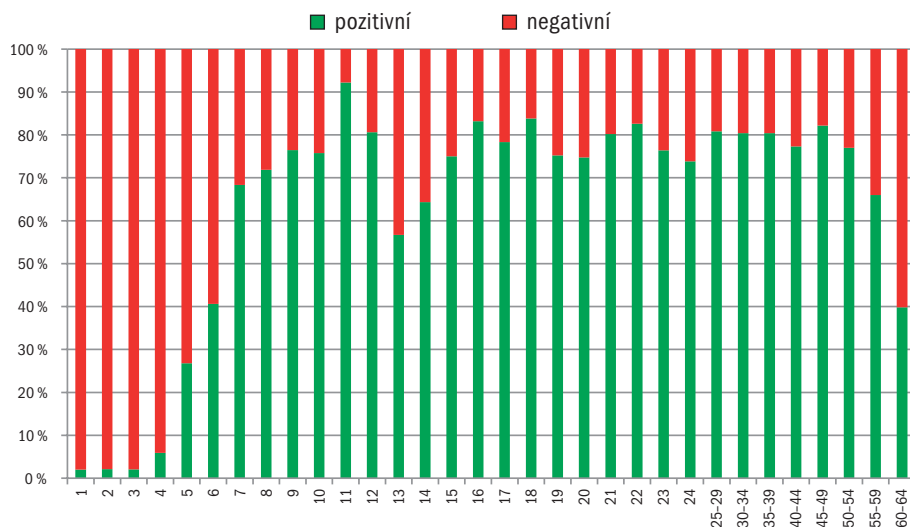


Graf 4 Příušnice – podíl pozitivních, negativních a hraničních výsledků vyšetření protilátek proti viru příušnic

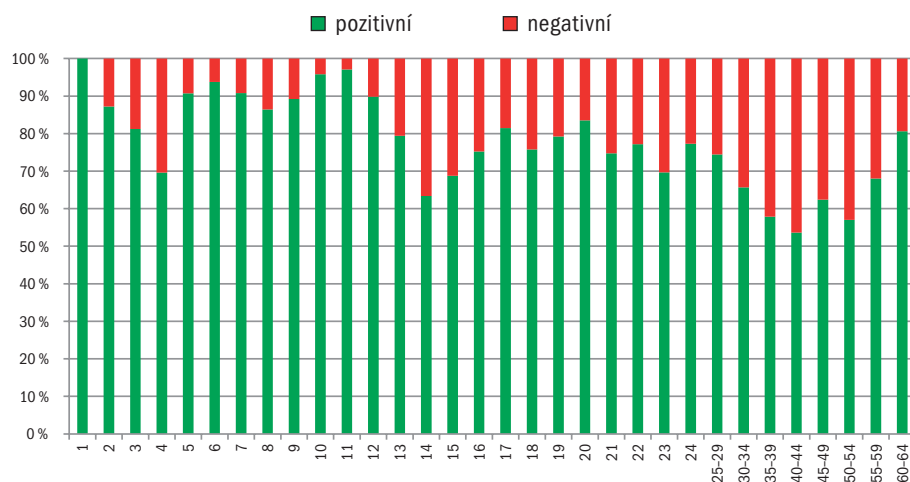




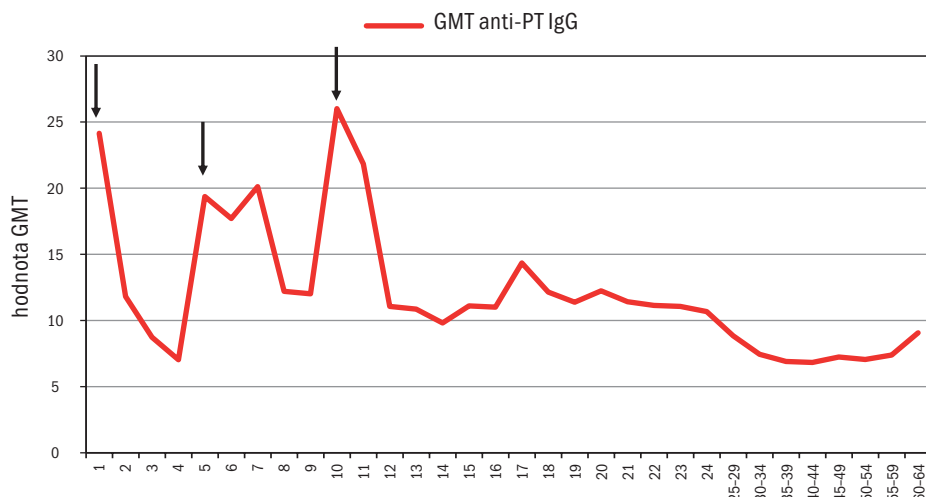
Graf 5 Pertuse – aglutinace – podíl pozitivních (titr > 8) a negativních (titr < 8) podle věku



Graf 6 Pertuse – ELISA – podíl pozitivních (anti-PT IgG ≥ 5 IU/ml) a negativních (anti-PT IgG < 5) podle věku



Graf 7 Pertuse – hodnoty GMT vyšetřených osob ve věkových skupinách



očkování, nejvyšších hodnot dosahuje u dětí ve věku 2–4 roky (84,0–76,5 %), poté plynule klesá (graf 4). U dětí a dospívajících ve věku 10–20 let se procento séropozitivity pohybuje v rozmezí 28,6–42,3 %. Ve věkové skupině 30–64 let byla zjištěna séropozitivita 74,5–85,6 %, která narůstá s věkem a odpovídá postinfekční imunitě.

U dětí ve věku 1–18 let se nepodařilo zjistit informace o očkování pouze u tří dětí. U dvouletých dětí bylo zjištěno, že 9,6 % z nich obdrželo pouze 1 dávku – tento údaj odpovídá poznatkům z terénu o oddalování vakcinace v prvních letech života. U dospělých osob ve věku 19–64 let bylo obtížné vzhledem k nedostupnosti dat od praktických lékařů pro dospělé analyzovat údaje o očkování. To se týká i osob ve věku 19–27 let, které měly už být očkovány podle platné legislativy, například ve věku 26, resp. 27 let byl zjištěn údaj o očkování pouze u 50 %, resp. 43,7 % osob. Nedostatečná dokumentace očkování u praktických lékařů pro dospělé vyžaduje systémové řešení.

Závěr: Výsledky vyšetření protilátek proti viru příušnic získané v SP2013 do jisté míry odpovídají současné epidemiologické situaci ve výskytu onemocnění příušnicemi v ČR, ke které přispívá vyvanutí imunity s časovým odstupem od očkování. Nejnižší séropozitivita byla zjištěna ve věkové skupině 10–24 let.

Kromě nízké prevalence protilátek proti viru příušnic může být zvýšený výskyt onemocnění zapříčiněn sníženým ochranným účinkem protilátkové ochrany proti pozměněnému cirkulujícímu genotypu viru příušnic v naší populaci. Výsledky vyšetření protilátek, ať už v SP2013, či v klinické praxi, je nutné posuzovat s vědomím, že dosud nebyly u příušnic zjištěny žádné definitivní koreláty protekce.

Získané laboratorní výsledky v kombinaci se základními údaji o nemoci jsou podkladem pro možnou diskusi nad změnu očkovacího kalendáře. Je nutné zachovat maximální proočkovanost dvěma dávkami. I při zachování vysoké proočkovanosti současnými vakcínami je nutné i v budoucnosti pravděpodobně počítat s lokálními epidemiemi.

Výsledky sérologického přehledu 2013 – pertuse

Úvod a metody: V období od posledních sérologických přehledů (2001) došlo v očko-



vacím kalendáři ČR k významným změnám. Začaly se používat zahraniční kombinované očkovací látky, došlo i ke kvalitativní změně – byly zavedeny acelulární pertusové vakcíny (plošně od 2007 Infanrix Hexa). Pertuse má přítom od poloviny 90. let vzrůstající trend výskytu, a to i ve vysoce proočkované populaci (95–100 %). Současné se změnami v očkovacím kalendáři (od 2009 dTaP+polio v 10 letech věku) se změnila i specifická nemocnost ve věkových skupinách a z epidemiologické situace je zřejmé, že *B. pertussis* cirkuluje i v populaci s vysokou proočkovaností.

Vyšetření pertuse bylo provedeno u 3112 osob dvěma sérologickými metodami: 1) metodou ELISA (Sekisui Virotech, Německo) byly stanoveny protilátky proti pertusovému toxinu anti-PT IgG (specifické pouze pro původce *B. pertussis*) a 2) doplňkově metodou přímé aglutinace z důvodu návaznosti na výsledky SP2001 (*Bordetella pertussis* – AR – Ag, Test-Line, ČR). Tato metoda stanovuje především protilátky proti povrchovým strukturám bordetel (např. fimbriím) a pozitivita aglutinačních protilátek je důsledkem buď setkání s přirozenou infekcí (kontakt není ale vázán pouze na *B. pertussis*, ale i ostatní bordetely), nebo reaktivity protilátek přetrvávajících po očkování celobuněčnými vakcínami. U dětí očkováných acelulární vakcínou neposkytuje stanovení aglutinačních protilátek informaci o úspěšnosti očkování, ale informaci svědčící o kontaktu s cirkulujícími bordetelami.

Pro zhodnocení výsledků SP pertuse jsou důležité následující skutečnosti – 1) u pertuse není znám sérologický korelát protekce, 2) v plně proočkované populaci je obtížné odlišit postvakcinační a postinfekční protilátky, 3) pertusi může onemocnět osoba, která má kompletní očkování, a dokonce i osoba, která pertusi již prodělala.

Výsledky: Nejdůležitějším výstupem SP je **věkově specifická séroprevalence** pro danou infekci (tj. % séropozitivních v dané věkové kategorii) a **střední hodnota hladiny protilátek** anti-PT IgG ve věkových skupinách vyjádřená geometrickým průměrem anti-PT IgG (**GMT**).

Vyšetření metodou **aglutinace** potvrdilo, že děti očkované acelulární očkovací látkou nevytvářejí protilátky proti povrchovým antigenům *B. pertussis* a v nízkých věkových skupinách je většina vyšetřených dětí do 6 let věku včetně negativních (graf 5). Ještě ve 4 letech věku je pouze 5,9 % vyšetřených

dětí pozitivních. Ve školním věku procento pozitivních dětí zřetelně narůstá: 7leté byly většinou očkovány ještě celobuněčnou vakcínou (TETRAct-HIB do 2006 včetně) a aglutinační protilátky jsou pozitivní u 68,4 % dětí. Nejvyšší procento pozitivních je mezi 11letými (92,2 %). Prokazují také v porovnání s ostatními věkovými skupinami nejvyšší GMT a rovněž nejvyšší procento séropozitivních s protilátkami anti-PT IgG (97,1 %), což může představovat interferenci efektu přeočkování (6 dávek má 87 % vyšetřených dětí) s cirkulací *B. pertussis* a i dalších bordetel v populaci.

Séropozitivita protilátek **anti-PT IgG** vypovídá o postvakcinační i postinfekční odpovědi a bez důkladné znalosti anamnézy jednotlivce je interpretace obtížná. Odraz vakcinace na sérologické výsledky (anti-PT IgG) u dětí ve věku, ve kterém jsou očkovány a přeočkovány, tj. 0–1 rok, 5 let a 10 let, je ale prokazatelný (graf 6 a 7). GMT v souvislosti s očkováním dosahují nejvyšších hodnot v celém vyšetřovaném souboru – 24,1 (1 rok věku), 19,4 (5 let věku) a 26 u desetiletých. U jednoletých dětí byla sérokonverze (hladina protilátek ≥ 5 IU/ml) prokázána u 100 % vyšetřených. Přitom pouze 84,2 % obdrželo 4 dávky základního očkování, zbývajících 15,8 % dostalo vzhledem k věku zatím 3 dávky. Velmi rychle ale dochází k poklesu protilátek, např. u čtyřletých přetrvává séropozitivita pouze u 69,9 % dětí. Séropozitivita slouží jako průkaz imunitní odpovědi na vakcinaci, ale nevypovídá o ochraně před infekcí a onemocněním.

Výsledky u dospělé populace potvrzují, že významný počet onemocnění není diagnostikován (vysoké hladiny protilátek má 4,7 % osob), jedná se zřejmě o recentní infekci. Vysoké titry protilátek u neočkovaných potvrzují, že skutečná nemocnost je ještě významně vyšší než nemocnost hlášená.

Závěr: Velmi pozitivně je v SP2013 možné hodnotit vysokou proočkovanost malých dětí (jednoleté se čtyřmi dávkami – 84 %, dvouleté 100 %). Přeočkování v 5 a 10 letech je ale již oddalováno. SP pertuse prokazuje velmi dobrou odpověď na podání hexavalentní vakcíny u malých dětí – byla prokázána 100 % séropozitivita. Po základním očkování však rychle dochází k poklesu protilátek. Další přeočkování by se proto oddalovat neměla.

Sérologie u dospělých signalizuje (19–46 % dospělých nemá prokazatelné protilátky), že v případě, zůstane-li vakcinační strategie

beze změny, cirkulace *B. pertussis* bude pokračovat i nadále a bude tak docházet k opakovaným infekcím a onemocněním. Z rychlosti poklesu postvakcinačních protilátek se zdá, že současné doporučení, tj. booster dTaP alespoň jednou v dospělosti, by nemuselo být dostačující. Pro jasnější pohled na celý problém chybí potvrzení sérologického korelátu protekce u očkováných osob. S tím úzce souvisí i otázka vývoje nových a účinných očkovacích látek a sledování sérologického stavu populace v pravidelných, nejlépe pětiletých intervalech.

■ Výsledky sérologického přehledu – virová hepatitida B

Úvod a metody: Výskyt VHB v ČR pozvolna klesá (ročně hlášeno 100–200 případů). V roce 2013 dosáhla 12 let věku kohorta dětí, které byly proti VHB očkovány v kojeneckém věku, a končí tedy očkování 12letých. Výsledky SP přispěly k posouzení úspěšnosti, výhod a nevýhod takto nastaveného očkovacího programu. Na vybrané markery virové hepatitidy (VHB) bylo vyšetřeno 3111 sér u osob ve věkových skupinách 1–64 let. U všech vzorků sér byly stanovovány protilátky proti povrchovému antigenu viru hepatitidy B (anti-HBs) a celkové protilátky proti nukleokapsidovému (core) antigenu (anti-HBc) metodou CMIA na analyzátoru Architect (Abbott Laboratories). Anti-HBc pozitivní séra byla dále vyšetřena na přítomnost povrchového antigenu VHB (HBsAg) na analyzátoru Architect.

Anti-HBs pozitivní výsledky (≥ 10 IU/l) byly dále rozděleny do tří kategorií dle hladiny protilátek: 10–100 IU/l, >100–1000 IU/l a vysoce pozitivní >1000 IU/l. Výskyt HBsAg pozitivních sér byl vyjádřen jen v absolutních počtech.

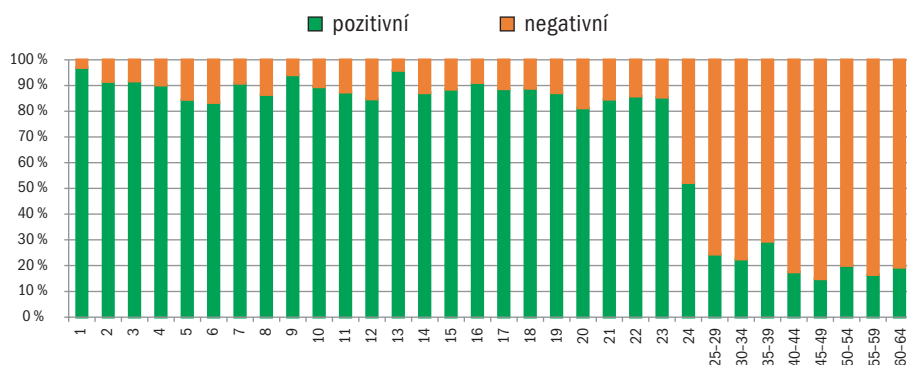
Výsledky: Interpretace výsledků zjišťovaných markerů VHB je uvedena v tabulce 1. Z celkového počtu odebraných vzorků sér bylo 70 % anti-HBs pozitivních. Pozitivita anti-HBs protilátek u věkových skupin 1 až 23 let, které podléhaly plošnému pravidelnému očkování, se pohybuje v rozmezí 81 % až 97 % (graf 8). V úvahu je nutné vzít, že k poklesu protilátek může fyziologicky docházet v čase a negativita u očkováných nemusí znamenat, že dotyčná osoba je vnímavá – graf 9 znázorňuje hladinu protilátek anti-HBs v závislosti na odstupu po očkování u věkových skupin 1–23 let. Pozitivita anti-HBc byla zjištěna u 29 případů. Výskyt



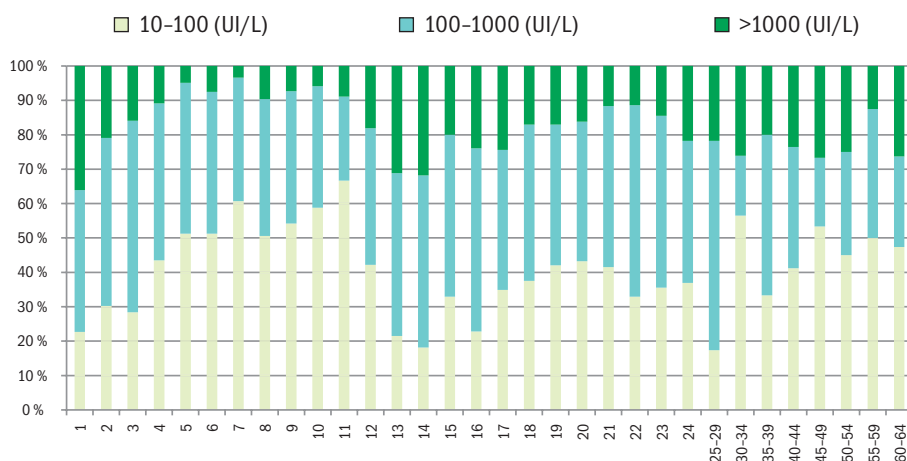
Tabulka 1 VHB – interpretace výsledků stanovení protilátek u VHB

Sledované markery	Interpretace
anti-HBs poz., anti-HBc neg.	Stav po očkování
anti-HBs neg., anti-HBc neg.	Neočkovan / ještě se nevytvořily protilátky / non-respondent
anti-HBs neg./poz., anti-HBc poz., HBsAg neg.	Nesouvisí s očkováním, stav po infekci VHB
anti-HBs neg., anti-HBc poz., HBsAg poz.	Nesouvisí s očkováním, možná inaparentní, chronická nebo akutní VHB

Graf 8 VHB – podíl (%) pozitivních a negativních výsledků vyšetření protilátek anti-HBs u všech osob ve věkových skupinách



Graf 9 VHB – rozložení anti-HBs pozitivních hodnot (≥ 10 IU/l) rozdělených do tří skupin podle výšky hladiny protilátek (IU/l) ve věkových skupinách



anti-HBc pozitivitu byl zjištěn u osob starších 17 let, podíl anti-HBc pozitivních sér stoupal s věkem. Prevalence anti-HBc pro populaci ČR ve věku 25–64 let je odhadována na 3,2 %. V celém souboru se vyskytly dva případy pozitivitu HBsAg u osob ve věkové kategorii 45–49 let a 60–64 let.

Prevalence séropozitivity anti-HBs v populaci ČR u osob podléhajících plošnému očkování (věk 1–23 let) se pohybuje kolem 88 %, u osob, které nepodléhají plošnému očkování (věk 25–64), se prevalence pohybuje kolem 21 % (jedná se o očkované zdravotníky, pracovníky v riziku VHB, cestovatele, samoplátce nebo osoby, které infekci VHB prodělaly).

Celkem 58 % dětské populace (1–18 let) bylo očkováno třemi dávkami očkovací látky Engerix-B 10 µg, 32 % dětí dostalo 4 dávky, převážně vakcíny Infanrix Hexa, a v 6 % tři dávky očkovací látky Twinrix Paediatric. V této věkové skupině se až na 5 případech z 1769 dětí podařilo zjistit informace o očkování, u věkových skupin 19–64 let, pokud jde o záznamy o očkování, byla dostupnost dat horší. U osob z věkové skupiny 19–24 let mělo pozitivní výsledek anti-HBs 66 % osob, z celkového počtu bylo 169 osob bez informací. U osob z věkové skupiny 25–64 let mělo pozitivní výsledek anti-HBs 14 % osob, z celkového počtu bylo 95 osob bez informací.

Závěr: Zavedením zvláštního a zejména pravidelného očkování bylo dosaženo poklesu incidence VHB v ČR. V kohortě 15–19letých je nulová incidence již od roku 2010. Výskyt onemocnění je přitom zaznamenáván ve vyšších věkových skupinách.

Projekt byl financován z prostředků Ministerstva zdravotnictví ČR.

Ředitelský tým Zdravotních ústavů se sídlem v Ústí nad Labem a v Ostravě děkuje za spolupráci prof. MUDr. Petru Pazdiorovi, CSc., ředitele KHS se sídlem v Ostravě MUDr. Heleně Šebákové a jejím pracovnícím MUDr. Ireně Martinkové a MUDr. Šárce Matlerové.

Zdroj: Víceúčelový sérologický přehled (spalničky, příušnice, pertuse, virová hepatitida B) SP 2013, ČR: Závěrečná zpráva, příloha č. 1. Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie. 2014;23:1–152



Astma malých dětí a jeho léčba podle GINA 2015

MUDr. Jiří Novák

alergologie a klinická imunologie, NZZ při ÚVN Praha

Zkratky: AMD – astma malých dětí, BDP – beclometasoni dipropionas, BUD – bude-sonidum, FP – fluticasoni propionas, GINA – Globální iniciativa pro astma, IKS – inhalační kortikosteroidy

■ Úvod

Průduškové astma je podle současných názorů syndrom zahrnující více nozologických jednotek s podobnými klinickými i patologicko-anatomickými rysy. Jejich výčet a rozdělení nejsou dokončeny, není přesně zmapován jejich vznik. S klesajícím věkem dítěte nejasnosti přibývají a s nimi i otázka, zda u pacienta o astma vůbec jde. Řetězce patogenních procesů, odvíjející se od jednotlivých příčin astmatu, se u všech jeho podob sbíhají v místech chronického zánětu dýchacích cest, bronchiální hyperreaktivita a variabilní obstrukce. Proto léčba nekontrolovaného astmatu má společný základ v protizánětlivé a bronchodilatační medikaci. Přes její často skvělou účinnost jsou i zde indikační a bezpečnostní limity:

- Indikace a dávky inhalačních kortikosteroidů (IKS) jsou dány konsensem Globální iniciativy pro astma (GINA) z r. 2015⁽⁴⁾.
- Systémové nežádoucí účinky IKS jsou známy od 70. let minulého století a obzvláště u dětí je nutné s nimi počítat.
- IKS nepostihují příčiny nemoci, ale jejich následky. Také z těchto důvodů se u AMD využívají i jiné metody léčby.

■ I. Astma malých dětí

Terminologie. První problém spočívá již v pojmenování „astma“, jehož obsah a vymezení jsou u malých dětí nejasné a často se doporučuje tento pojem zde vůbec neužívat. Klinik by však měl, přes všechny pochybnosti, zaujmout k potížím dítěte konkrétní stanovisko, zejména pak stanovit alespoň suspektní diagnózu a na tomto podkladě navrhnout léčebný postup. Pro „náhradní“, jinde často užívaný termín wheezing, společný pro astmatické i jiné průduškové hvízdání, nebyla v češtině ustanovena definovaná analogie. Hvízdavé dýchání jako takové

může pocházet i z horních dýchacích cest. Naproti tomu **wheezing je definován** jako kontinuální, vysoce laděné, muzikální zvuky vycházející z hrudníku. Termín bronchiolitis má v různých zemích různé významy⁽²⁾. V ČR se používá u těžkých stavů wheezing s respirační insuficiencí bez závislosti na jejich příčině. Jako další, blíže nevymezené „diagnózy“ pro bronchiální obstrukce se u nás často užívají promiscue termíny jako bronchitis spastica, bronchitis asthmoides, bronchitis obstructiva a další, kterými se možný vztah k astmatu spíše obchází.

Věkovévymezení astmatu malých dětí (AMD) a tím i jeho odlišností v obrazu, průběhu a léčbě je problematické při každém řešení. Např. kojenci se zde liší od dvouletých dětí a ty zase od dětí tří- či pětiletých. Ani stanovení věku pro termín wheezing neexistuje. V zájmu nutného sladění našich postupů s mezinárodními je vhodné užívat věkové vymezení **dle GINA⁽⁴⁾** a tím vydělit skupinu dětí ve věku 0 až 5 let včetně, v tomto sdělení označovanou jako „malé děti“.

Diagnóza AMD bývá problematická vzhledem k podobnosti bronchiálních obstrukcí jiného původu. Proto byly návrhy nahradit ji předpovědí astmatu pro věk nad 6 let. Predikční indexy (např. dle Martineze) však mají svoje známé nedostatky. Nízká senzitivita vzniká malým počtem kritérií a nezařazením významných a někdy i jediných symptomů AMD (např. zátěžové). Některé stavy závisejí i na geografických a etnických aspektech. Také proto byl vypracován česko-slovenský skórovací systém s větším počtem hodnocených projevů⁽³⁾.

Epidemiologie. Minimálně 1 ataku wheezingu prodělá až polovina dětí do 5 let života. Současně z dětí hospitalizovaných do 2 let života pro wheezing bylo v 5 letech bez projevů obstrukce 50 %, v 10 letech 70 % dětí, ale v 17–20 letech pouze 57 %. Ukazuje to na pozdní relapsy v období dospívání, které však mohou nastat i téměř kdykoli v životě. S údaji o vzácném výskytu astmatu u kojenců do 1 roku života kontrastují studie se závěry, že 25 % dětí s perzistujícím astmatem mělo jeho první projev do půl roku života (a 75 % do 3 let).

Alergie. Astma alergické lze vydělit z astmatických onemocnění do samostatné podjednotky, která u dětí nad 3 roky věku převažuje. Nejčastější příčinou jsou zde roztoči. Velikost tvorby specifických IgE proti roztočovým alergenům, tedy stupeň senzitivace, je lineárně závislá na velikosti expozice k těmto alergenům (Platts-Mills). Koncentraci specifických IgE odpovídá riziko vzniku a udržování astmatu. Častou příčinou AMD jsou i alergeny domácích zvířat a plísni. Možnosti předpovědi vrozené dispozice k alergii v nejranějším věku a jejího ovlivnění jsou studovány také českými autory (Liška)⁽⁴⁾.

Nefarmakologická léčba AMD může významně ovlivnit jeho manifestace. Z nejdůležitějších opatření jsou prevence respirační infekce a eliminace alergenů, ORL vyšetření s rinoendoskopií a případnými zákroky při chronické rinitis či AV, diagnostika GER a pokus o stanovení jeho vztahu k respiračnímu onemocnění s případnou léčbou. U vhodných pacientů je důležitá rehabilitace s nácvikem správného dýchání a specifická alergenová imunoterapie.

Farmakoterapie. Obecným kritériem indikace farmakoterapie je její pomyslný index risk/benefit, u léčby AMD pomocí IKS však není snadno hodnotitelný. Prospěch z léčby závisí také na prognóze nemoci, která je u konkrétního pacienta neznámá. Asi polovina dětí projevy nemoci dříve či později spontánně vymizí. Část pacientů je třeba po celý život léčit léky a stav zůstává více či méně stabilní. Méně často může mít astma těžkou formu. Také není jasné, koho postihne remodelace stěny bronchů, jejíž prevence pomocí IKS navíc nebyla prokázána.

Pro léčbu IKS je velmi výhodné, že léčebné účinky nastávají při nižší dávce než nežádoucí. Maximálních léčebných účinků u AMD dosahuje fluticason propionas (FP, např. Flixotide) již v dávce 88 µg/24 h a BDP 168 µg/24 h, zatímco nežádoucí účinky začínají při 150–200 µg IKS/den (Szeffler). Všechny IKS se absorbují z plic do krve, a to v množství až 100 % inhalované frakce (Lipworth), což může vést k systémovým nežádoucím účinkům. Ty závisejí na dávkování, individuální dispozici, věku, stupni nemoci,



hmotnosti, příjmu ostatních forem KS atd. Jde o poruchy růstu, kostí, nadledvinek, psychické změny a další NÚ.

Vztah IKS a růstu přesně dokládá studie PEAK⁽⁶⁾. Jde o randomizovanou, dvojitě zaslepenou a placebem kontrolovanou studii s 285 astmatiky, která byla prioritou vrcholné americké instituce Childhood Asthma Research Network. Při hodnocení zaujaly děti léčené IKS fluticason (FP) $2 \times 88 \mu\text{g}$ denně od 2–3 let života a s váhou pod 15 kg. Po ukončení dvouleté léčby zde bylo zjištěno **vysoce signifikantní zpomalení růstu, v průměru o 1,3 cm** oproti kontrolám s placebem ($p = 0,002$). Za další 2 roky bez IKS (4 roky od zahájení studie) **se rozdíl v růstu zvýšil na 1,6 cm** ($p = 0,008$). FP snížil projevy bronchiální obstrukce, ale jako u dřívějších studií nebyl prokázán vliv IKS na přirozený vývoj astmatu. Poruchu růstu neprovázelo ani zvýšení léčebného účinku. Dávka, kdy dítě pod 15 kg ještě nereaguje růstem na FP, se odhaduje na $10 \mu\text{g}/\text{kg}/24 \text{ hod}$. Starší děti poruchou růstu na léčbu FP $2 \times 88 \mu\text{g}/24 \text{ hod}$. v průměru signifikantně nereagovaly, i zde je však

třeba myslet na individuální citlivost k IKS, unikající hromadnému zpracování výsledků. Práce Murray a spol. má stejný závěr: IKS mají větší účinek na růst u mladších dětí (2–3 roky) s menší hmotností. Dlouhodobá porucha růstu u starších dětí byla prokázána např. ve studiích START a trvalá ve studii CAMP. Nepotvrdily se tím často a silně prosazované výsledky Pedersena s budesonidem (Pulmicort), údajně „bez dlouhodobého vlivu na růst“. Tato studie byla opakovaným terčem fundované kritiky, měla zcela chybnou metodiku i vlastní provedení a neměla by již nikdy být předkládána jako „důkaz“ neovlivnění růstu léčbou IKS.

Vedle poruchy růstu je u dětí doporučován včasný záchyt i dalších systémových účinků IKS od středního dávkování, tedy od $200 \mu\text{g}/24 \text{ hod}$.⁽⁶⁾ Při aplikaci IKS maskou je třeba dávat pozor na kůži kolem úst, očí a nosu a po aplikaci ji omývat pro riziko atrofie kůže. Kdo a jak zohledňuje riziko nežádoucích účinků IKS u nás?

Léčba AMD v praxi. Účinnost IKS svádí k jejich zvýšenému využívání, zvláště když nežádoucí účinky byly v ČR popírány či

bagatelizovány a ani exkluzivnost problematiky nízkého věku zde nebyla zdůrazňována. Zřejmě i proto bylo hodnocením souboru 221 dětí ve věku od 0 do 15 let z pěti českých ordinací prokázáno, že dětské astma je u nás často přeléčováno jak zbytečně vysokými dávkami IKS, tak nesprávnými indikacemi. Jejich spotřeba byla $9 \times$ vyšší, než by odpovídalo tehdejší doporučením GINA. Stejně tak je v rozporu se všemi konsensy přemrštěné využívání kombinace IKS + LABA, ve srovnání s GINA byla indikována $64 \times$ častěji a také nezřídka chybně dávkována⁽⁷⁾. To vše často při minimální edukaci rodičů, kteří často ani nevědí, čím léčí a že při fixní kombinaci aplikují dva léky (z nichž navíc u AMD nejsou LABA doporučeny). Ostré rozpory s konsensem GINA jsou zde tedy zřejmě na první pohled.

■ II. Diagnóza astmatu malých dětí podle GINA 2015

Předpověď a diagnóza astmatu. Predikční indexy astmatu (Martinez, Castro-Rodriguez, Guilbert a další) GINA 2015 pro praxi nedo-

maminka Radka
a syn Štěpánek
10 měsíců

PROVAKCIN PLUS®

OČKOVÁNÍ
S ÚSMĚVEM

ČESKÝ
PATENT

PROVAKCIN PLUS®

Zmírnění případných
nežádoucích reakcí po očkování.

Vhodné od 3. měsíce.

Patrovina pro zvláštní lékařské účely.

www.provakcin.cz | www.vesele-dite.cz



poručuje jako nedostatečně ověřené. Místo nich nabízí podrobné spektrum anamnestických údajů, známek a symptomů směřujících k diagnóze astmatu u dětí do 5 let, i když bez skórovacího systému.

RA: Je nutné přihlídnout k výskytu astmatu, alergie a atopického ekzému v příbuznosti I. st.

OA, NO: Významné jsou údaje o atopickém ekzému, alergické rinitis, opakovaných respiračních infekcích, wheezing recurrens, IgE mediování senzitivizaci a eozinofilii.

Kašel neinfekční nebo přetrvávající po infektu – často rekurentní, protrahovaný, perzistující, neproduktivní, noční záchvaty. Objevuje se i při cvičení, smích, pláči, znečištěném vzduchu. **Hvízdavé či ztížené dýchání.** Přichází po stejných spouštěcích jako suchý kašel a často ho doprovází. Při infektech jsou projevy akutního astmatu běžné, ale běžný je zde i neastmatický wheezing. V každém případě je potřebné lékařské ověření alespoň jednoho bronchitického nálezu, protože údaje rodičů o pískotech jsou často málo spolehlivé. **Nízká tolerance tělesné zátěže** je u AMD také běžný a někdy i jediný, i když ne pravidelný příznak. S ním přichází i celkově snížená fyzická aktivita, ev. s pozorovatelnými symptomy po zátěži. Pacient nevydrží déle pobíhat nebo si intenzivněji hrát tak jako ostatní děti. Časnější únava je někdy i při chůzi, dítě se nechává nosit. Nezúčastňuje se hry či cvičení, vyhýbá se zátěži a tím i symptomům. Někdy potom bývá dítě zvýšeně dráždivé, se špatnou náladou, mohou se tím změnit i sociální vztahy.

Atopie. Alergenová senzitivizace je přítomná u většiny dětských astmatiků starších tří let. Její nepřítomnost však diagnózu astmatu nevylučuje. Senzitivizace k alergenům může být stanovena kožními prick testy nebo stanovením specifických IgE. Pro potvrzení atopie u těch nejmenších dětí jsou však prick testy méně významné.

III. Farmakoterapie astmatu malých dětí podle GINA 2015

Farmakoterapie astmatu se v ČR doporučuje vést podle celosvětového konsensu GINA. Poslední dokumenty GINA rozšiřují možnosti léčby astmatu malých dětí inhalačními kortikosteroidy o **intermitentní schéma aplikace**. Základním postupem u *nekontrolovaných* respiračních projevů podezřelých z astmatu ale zůstává kontinuální protizánětlivá (= *kontrolní*) léčba opakovaně zdůrazňovanými *nízkými dávkami IKS*.

Podle GINA jde u AMD současně o léčebný test a po 2–3 měsících by mělo následovat pečlivé zhodnocení odezvy na kontrolní léčbu s očekávaným ústupem symptomů astmatu. U projevů AMD se při správné diagnóze očekává pozitivní výsledek léčebného testu s inhalačními kortikosteroidy a návrat symptomů po jejich vysazení, ev. s opětovnou úzdravou po dalším zavedení léčby.

Pro každou farmakoterapii astmatu platí: žádná léková intervence nezabrání vzniku astmatu a neovlivní jeho dlouhodobý přirozený vývoj (GINA 2015).

1. stupeň farmakologické léčby – SABA podle potřeby. Doporučeno tam, kde není indikace pravidelné kontrolní léčby (viz níže). Při akutní obstrukci průdušek jsou jako úlevová léčba i u malých dětí doporučeny inhalační SABA (Short-acting inhaled β_2 -agonists = krátkodobě působící β_2 agonisté). Jde např. o salbutamol (Ventolin či Ecosal). Inhalace jsou doporučeny přes nástavec, v akutních stavech 1–2 dávky/4–6 hod. Orální bronchodilatační léčba β_2 agonisty (např. clenbuterol – Spiropent) je nevhodná.

Inhalační kortikosteroidy (IKS) lze zvážit i u léčby 1. stupně pro intermitentní aplikaci u dětí, kde mezi virovými bronchiálními obstrukcemi nejsou symptomy a samotné SABA na epizody nestačí. Vzhledem k riziku nežádoucích účinků IKS je však GINA doporučuje indikovat pouze tehdy, pokud je lékař o jejich vhodnosti zcela přesvědčen.

2. stupeň léčby – počáteční kontrolní léčba a SABA dle potřeby.

Indikace pravidelné kontrolní léčby:

1. Astma nekontrolované (tab. 1).

2. Častý wheezing u astmatu $\geq 3 \times$ za roční období (např. podzim).
3. Méně časté, ale těžké epizody viry indukovaných obstrukcí průdušek.
4. Dg. astmatu není zřejmá, ale užívání SABA je častější než po 6–8 týdnech. Léčebný pokus s pravidelnou kontrolní léčbou by měl odpovědět na otázku, zda nejde přeci jen o astma.
5. Exacerbace astmatu je nejméně $3 \times$ za rok.

Posuzuje se též riziko do budoucna – exacerbací, ireverzibilní obstrukce dýchacích cest a nežádoucích účinků léků. **Medikace se má stanovit zásadně až po projednání s rodiči, které má zahrnovat i údaje o riziku a prospěchu léčby.**

Hodnocení kontroly astmatu dle odpovědi:

Žádná kladná odpověď: astma dobře kontrolované.

1–2 kladné odpovědi: částečná kontrola astmatu.

3–4 kladné odpovědi: astma nekontrolované.

Hodnotí se období posledních 4 týdnů.

2. stupeň léčby astmatu většinou znamená zahájení pravidelné kontrolní léčby.

a) Inhalační kortikosteroidy – preferovaná iniciační léčba. Podávají se minimálně po 3 měsíce z důvodu stanovení účinnosti léčby. **Léčba se zahajuje vždy nízkými dávkami u každého stupně astmatu bez rozlišení** (tab. 2).

b) Antagonisté leukotrienů v pravidelné aplikaci – možná, ale nepreferovaná alternativa léčby 2. stupně. Indikace na

Tab. 1 Stanovení kontroly astmatu u dětí ve věku 5 let a méně dle GINA 2015

Denní symptomy astmatu, delší než několik minut, častější než $1 \times$ týdně?	ano – ne
Omezení nějaké aktivity astmatem? (Běhání či hra méně než ostatní děti, snadná únava i při chůzi nebo hraní?)	ano – ne
Úlevová léčba je třeba častěji než $1 \times$ týdně? (Před zátěží se nezapočítává.)	ano – ne
Noční buzení nebo noční kašláni z astmatu?	ano – ne

Tab. 2 Nízké dávky Inhalačních kortikosteroidů u dětí ($\mu\text{g}/24 \text{ hod.}$, MDI + nástavec).

	ICON ^(®) – děti do 12 let	GINA ⁽¹⁾ – děti do 5 let
	Nízké dávky IKS $\mu\text{g}/24 \text{ hod.}$ – s ekvivalentními terapeutickými účinky	Nízké dávky IKS $\mu\text{g}/24 \text{ hod.}$ – bez systémových nežádoucích účinků
Beclometason dipropionát	100	100
Budesonid	100	200
Fluticason propionát	100	100



astma i neastmatický wheezing. Jsou méně účinné než IKS.

- c) IKS intermitentně – podle potřeby ev. epizodicky na frekventní, viry indukovaný wheezing. Přerušovaně též na symptomy astmatu v určitých obdobích (např. pylové astma). Může být zváženo, ale poprvé by měl být většinou proveden léčebný pokus s pravidelnou aplikací.

Nízké dávky IKS u dětí jsou stanoveny mezinárodními konsensy GINA⁽¹⁾ i ICON⁽⁸⁾. ICON stanovuje nízké dávky podle farmakologické účinnosti. U beclometasonu, budesonidu i propionátu fluticasonu jde o denní dávku **100 µg/24 hod.** ve formě MDI. Podle GINA, která určuje nízké dávky dle absence nežádoucích účinků, je u beclometasonu (BDP) a fluticasonu (FP) tato dávka stejná – také 100 µg denně. Budesonid (BUD) má počínající nežádoucí účinky a tím i stanovení horní hranice nízké dávky na 200 µg/24 hod. (Podle našeho SPC je však budesonid MDI ve formě přípravku Budiazir z nejasného důvodu doporučen až od věku 6 let.)

3. stupeň léčby – přídatná kontrolní léčba a SABA dle potřeby

Indikace. Jestliže zahajovací léčba 2. stupně, tedy nízkými dávkami IKS, po 3 měsících užívání selhává a nejde o nedodržení či chybné vedení léčby, ponechání alergenů, jinou dg., nesprávnou inhalační techniku, expozici tabákovému kouři atd., je třeba medikaci upravit:

- a) **Preferovaná možnost:** Navýšení IKS na střední dávku (**FP nebo BDP 200 µg/24 hod.**). Zjistit odpověď na zvýšení dávky za 3 měsíce.

- b) **Nepreferovaná alternativa:** Přidat anti-leukotrieny k nízké dávce IKS.

4. stupeň léčby astmatu MD

Při špatné kontrole astmatu, ev. nežádoucích účincích léků referovat nebo předat dítě specialistovi na danou problematiku. **Preferovaná možnost:** jestliže léčba IKS středního stupně v dávce 200 µg/24 hod. selhává v dosažení kontroly astmatu, je nutné pečlivě prověřit techniku inhalací a adherenci k léčbě. Též ověřit faktory prostředí a správnost diagnózy i ostatní jako u 3. stupně léčby. **Další možnosti** (nejlepší varianta zde nebyla stanovena): Navýšení dávky IKS, spíše s častějším podáváním, na několik týdnů, do zlepšení kontroly. **Vysoké dávky** jsou čtyřnásobkem dávek nízkých (tedy BDP a FP 400 µg/24 hod.). – Přidat LTRA, teofylin, ev. nízkou dávku orálních KS (na několik týdnů, do zlepšení kontroly).

Dle světového konsensu GINA 2015 může být někdy nutné akceptovat perzistující symptomy astmatu v zájmu vyloučení nadměrných a škodlivých dávek IKS⁽¹⁾. Kombinace inhalačních kortikosteroidů s dlouhodobě působícími 2-mimetiky (**IKS + LABA**) **není dle GINA dětem do 5 let vůbec doporučena pro žádný stupeň léčby!** Jde o preparáty typu Seretide, Combair, Symbicort, Flutiform apod. Tato léčba není doporučena ani dle konsensů EPR III (USA), ICON 2012, GINA 2009 apod.⁽¹⁾. Přesto je v ČR často používána.

Základní principy léčby astmatu malých dětí inhalačními kortikosteroidy dle GINA 2015:

1. Při farmakoterapii AMD je nutné trvalé přehodnocování stupně léčby v závislosti na kontrole astmatu a **opakovaném ověřování, zda jsou IKS k léčbě ještě potřebné nebo zda dávkování není zbytečně vysoké.**

2. Potřeba přidávání kontrolní medikace (tj. u 3. a 4. stupně léčby) by měla být hodnocena při každé návštěvě **a tato léčba udržována po tak krátkou dobu, jak je jen možné – při zohlednění potenciálního rizika a prospěchu.**

3. Cíle léčby, jejich uskutečnitelnost a nežádoucí i léčebné účinky medikace by měly být opakovaně diskutovány s rodiči.

4. Předkládá se i možnost intermitentní léčby IKS (1. i 2. stupeň).

5. Léčebné testy s nasazením a vysazením IKS jsou často vhodné.

6. **Kombinace IKS + LABA není doporučena pro žádný stupeň astmatu dětí mladších 6 let.**

Základní princip bronchodilatační léčby akutního astmatu malých dětí. 2–6 dávek salbutamolu (Ecosal, Ventolin) po 100 µg/20 min. pro první hodinu léčby je doporučeno **při observaci lékařem.** (V ČR bývá doporučováno dávkování salbutamolu v rozporu s GINA až 10 dávek po 20 minutách během první hodiny v domácím prostředí **bez lékaře**⁽⁸⁾, tedy až 40 dávek za hodinu!). **GINA pro domácí léčbu doporučuje 2 dávky salbutamolu po 100 µg,** ev. v případě nutnosti další 2× 2 dávky po 20 min. Jestliže v prvních 2 hodinách je třeba k dosažení úlevy od symptomů více než 6 dávek, doporučuje GINA urgentně zařídit sledování lékařem⁽¹⁾. Jiným limitem pro domácí léčbu je 10 dávek/24 hod., ev. nelepšení stavu⁽¹⁾.

IV. Souhrn

AMD se odlišuje od astmatu starších věkových skupin svými vlastnostmi, diagnostikou, léčbou i větší tendencí medikace k nežádoucím účinkům. V ČR je dětské astma vysoce přeléčováno. Léčba IKS by měla, tak jako jiné medikace, odpovídat nejen průběhu onemocnění, ale i věku, hmotnosti a individuální citlivosti dítěte k léku. Léčba AMD je tak kompromisem mezi obtížemi a riziky z nemoci a riziky nežádoucích účinků léků.

Literatura

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2015. [online]. Dostupné na: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015_Aug11.pdf
2. Tuková J, Koťátko P. Diagnostické a terapeutické úskalí akutní průduškové obstrukce malých dětí. *Alergie*. 2015;17(2):106–109
3. Novák J, Zapletal A, Čiznár P et al. Kašel a jiné příznaky astmatu u dětí ve věku do 8 let. *Vox Pediatrica*. 2008;8(1):19–24
4. Liška J, Holeček V, Kepková M et al. Význam stanovení pupečnickového imunoglobulinu E ve vztahu k rodinné anamnéze alergie. *Alergie*. 2012;14(1):25–32
5. Guilbert TW, Mauger DT, Allen DB et al. Growth of preschool children at high risk for asthma 2 years after discontinuation of fluticasone. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128(5):956–963
6. Issa-El-Khoury K, Kim H, Chan ES et al. CSACI position statement: systemic effect of inhaled corticosteroids on adrenal suppression in the management of pediatric asthma. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2015;11(1):9
7. Novák J. Výsledky analýzy léčby dětského astmatu v České republice. Astma a alergie z různých pohledů. 12. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli. Supplementum 2013. Litomyšl: Nadační fond pro pomoc nemocným dětem, 2013
8. Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH et al. International consensus on (ICON) pediatric asthma. *Allergy*. 2012;67(8):976–997
9. Hoňková L, Beránková K, Pohunek P. ICON – souhrn nejnovějších doporučení v managementu průduškového astmatu u dětí. *Čes-slov Pediat*. 2014;69(1):21–28



Ze světa odborné literatury...

■ Korelace thymu s hladinou zinku v pupečnickové krvi u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností

Thymus je velmi důležitým orgánem pro vývoj T lymfocytů. Jsou jen omezené informace o množství faktorů, které určují jeho velikost při narození. Výzkumníci studovali vliv hladin zinku a mědi v pupečnickové krvi, dále pak nutriční stav matky a novorozence u dětí s nízkou porodní hmotností pod 2500 g. Sonograficky se určoval index thymu – byl v korelaci k výživě matky a novorozence i k hladinám zinku, ale ne mědi. Dále uvádějí zajímavé pozorování, že u indiánských novorozenců je thymus méně než poloviční. To může hrát roli ve velkém riziku infekce u těchto dětí. Přisun zinku v graviditě by možná mohl sehrát přínosnou roli.

Eur J Pediatr. 2014;173:1083–1087

■ Zácpa – fekální retence jako příčina recidivujících bolestí břicha

Rekurentní bolesti břicha jsou spojovány všeobecně s alteracemi funkcí. Účelem této studie bylo ohodnotit, které děti s recidivujícími bolestmi břicha měly při těchto potížích zácpu, na kterou stačí laxativní terapie, a kteří pacienti si zaslouží funkční vyšetření. Cílem studie bylo stanovit roli zácpy při rekurentních bolestech břicha a zjistit, zda se pacienti se zácpou dají rozpoznat podle medicínské historie a fyzikálním vyšetřením. Do studie byli zařazeni všichni pacienti ve věku od 4 do 16 let, kteří během dvou let splňovali kritéria zácpy. Po vyloučení gastrointestinální infekce a potravinové intolerance byla podávána laxativa, když bolesti převažovaly a především perzistovaly. Obstipace byla definována, když bolesti mizely s laxativy a pak se neopakovaly dalších šest měsíců. Popisovaný druh obstipace nesplňoval Římská kritéria pro obstipaci. Bylo vyšetřeno 200 dětí průměrného věku 8,8 roku. Tento druh obstipace byl nalezen u 92 pacientů, tj. 46 %. Z nich 18 mělo značný reliéf bolesti, když byli léčeni pro somatickou příčinu. Ukázalo se, že příčiny těchto recidivujících bolestí jsou dvojího charakteru – bolesti při cystitidách, nebo rychlé nasycení či plynatost. Možná říci, že 10–15 % dětí do 16 let má značné potíže. Může to

mít i značný vliv na jejich život a jejich rodiny a také být příčinou značné úzkosti. Mnohdy však stačí jen změna životního stylu, zvláště jídelníčku a množství jídla, včasné vyprazdňování. Shrnují zde vyšetřovací kritéria, mezi něž patří základní krevní biochemie, panel potravinových alergenů, protilátky IgA proti transglutamináze, sérologie yersinie. Dále pak vyšetření *Helicobacter* ve stolici, test na protozoární mikroby, laktózoový a fruktózoový test, RTG břicha a sono břicha.

Eur J Pediatr. 2014;173:781–785

■ Aktuální pohled do klinického ošetřování febrilních křečí

Febrilní křeče jsou benigní epileptické manifestace u kojenců pozorované mezi třemi měsíci a pěti lety věku. Postihují 2–5 % dětí. Obvykle nemají negativní efekt na motoriku a na kognitivní vývoj. Klasické febrilní křeče (trvají méně než 10 minut, jedna epizoda křečí během záchvatu) mají benigní prognózu. U komplexu febrilních křečí (fokální semiologie, trvání více než 10 minut, více než jedna epizoda během záchvatu) je nutné klinické, EEG, laboratorní a neurovizuální vyšetření pro možné postižení vývoje charakteru epilepsie. Je třeba rozlišovat mezi fokálními křečemi a hipokampální sklerózou. V laboratorních hodnotách u febrilních křečí nejištěny biochemické změny. Peak incidence je v prvním roce věku, kdy tyto křeče jsou nejčastější. Ošetřování rekurentních křečí nutné. Riziko opakování křečí se pohybuje mezi 50–90 %. Důležitá je familiární dominance a nízká teplota při vzniku těchto křečí. Nízká teplota při prvních křečích je velmi varovným faktorem. Hospitalizace a terapie je nutná jen při přetrvávání křečí. Naproti tomu febrilní status epilepticus je nejtěžší typ febrilních křečí. Abnormality na EEG u něj byly detekovány ve 45 % případů. Hipokampální T2 signál byl patrný v 11 %. U části pacientů byl polymerní reakcí zjištěn humánní herpes virus B6 a B7. EP v anamnéze, neurologické abnormality, komplexy febrilních křečí a nálezy na EEG jsou velmi blízké vývoji EP. Pokud není dostupná intravenózní léčba, je základním terapeutickým momentem rektálně podávaný midazolam nebo diazepam po 5 minutách trvání křečí. Prevence rekurencí není přímo

v antipyretické léčbě, spíše v léčbě valproáty a fenobarbituráty. Je zde riziko možných vedlejších účinků ve smyslu bradykardie, hypotenze a respirační deprese.

Eur J Pediatr. 2014;173:977–982

■ Ošetřování pozdní bakteriální sepsy v Evropě

Pozdní začátek neonatální sepsy má vysokou mortalitu. Účelem práce bylo stanovit postup ošetřování. Do studie byli zařazeni kojenci z pěti zemí Evropy ve stáří 4–90 dnů včetně dětí s prematuritou. Zařazeno 113 kojenců průměrného věku 14 dnů, z nichž 62 % bylo s hmotností pod 1500 g! Byly zaznamenány klinické a laboratorní parametry a byli sledováni do ukončení antibiotické terapie. Selhání bylo definováno jako selhání původní antibiotické terapie. Ve 45 % patrné empirické selhání léčby, 8 % mortalita. Vycházelo se z roku 2005, kdy byl přijat International Pediatric Sepsis Consensus a stanovena kritéria. Z kombinační léčby byl tehdy přijat konsensus terapie, a to buď kombinace fluoxacilin + gentamicin či amoxycilin + cefotaxim. Klinické parametry: 1. instabilita teploty; 2. redukce močení či hypotenze, změna barvy kůže a narušení periferní perfuze; 3. apnoe či zvýšení požadavku na kyslík nebo zvýšení potřeby ventilace; 4. poruchy rytmu; 5. intolerance potravy nebo abdominální distenze; 6. letargie, hypotonie, zvýšená dráždivost; 7. kožní a subkutánní léze. Laboratorní parametry: leukocyty pod 4000 či nad 20 000, zvýšené množství neutrofilů či jejich nezralost, počty trombocytů pod 100 000, CRP více než 15 mg/l nebo prokalcitonin více než 2 ng/ml. Dále pak glukózová intolerance – při příjmu hypoglykémie či hyperglykémie. Acidóza BE – 10 a více, laktát více než 2 mmol/l. Kultivačně *Klebsiella*, *Enterobacter*, *E. coli* a *Staph. epidermidis*. Nejčastěji užívaný preparát Cefotaxim nebo Meropen.

Eur J Pediatr. 2014;173:997–1004

Ve spolupráci s firmou Pfizer
připravil MUDr. J. Liška, CSc.

KDYŽ UDEŘÍ MENINGOKOK SKUPINY B



Představujeme vakcínu **BEXSERO**[®]
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)
proti meningokokům skupiny B

Konečně je možné být chráněn proti všem
nejčastějším meningokokovým onemocněním.

A NEJVÍCE TO ODNÁŠEJÍ DĚTI

U malých dětí je incidence meningokokových onemocnění nejvyšší. Největší podíl představují meningokoky skupiny B.²⁾

BEXSERO®: Významný článek v prevenci závažných invazivních meningokokových onemocnění (IMO).

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BOXSERO®

Název přípravku: Besozon® injekční suspenze v předepsané injekční stříkačce. Vložek proti meningokokální skupině B (DNA, komponenta), adsorbovaný). **Složení:** Jedno dávk (0,5 ml) obsahuje rekombinantní filární protein NHEA K. zwiesgibinde B 50 µg; rekombinantní protein NadA K. zwiesgibinde B 50 µg; rekombinantní filární protein Hly K. zwiesgibinde B 50 µg; vložek membránový vzdušný (DMV) K. zwiesgibinde B kmeny K298/254 mléka jako množství celkové bilkoviny obsažující 100 µl 25 µg. **Indikace:** Besozon® je indikováno k akutní invazivní jednotě od 2 měsíců věku a starších proti invazivním meningokokovým onemocněním způsobeným kmeny K. zwiesgibinde skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Každý (2 – 5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 1 měsíc mezi dávkami a s první dávkou podanou ve 2 měsících věku; booster mezi 12 a 15 měsíců věku. Neodložený booster (6 – 11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodávou nejpozději 2 měsíce od první dávky. Neodložený štít (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodávou 12 až 23 měsíců od první dávky. Štít (2 roky až 10 let) dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; potřeba boosteru a bylo stanoveno. Dávková (starší 10 let) a doplň – dvě dávky po 0,5 ml s prodávou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; potřeba boosteru nebylo stanoveno. Vakcína se podává k hubička intramuskulární injekcí, ideálně v kontrolní oblasti prsou či břicha o kolenou nebo do oblasti m. deltoides horní části ramene a starších subgluteo. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky látky nebo na kterékoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné vzhledem k subjektu s akutním zjevným onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařská péče pro případ anafylaktické reakce. Vakcína není vhodná pro děti s imunosupresí nebo s imunosupresí kůže. Podání jakékoliv jiné vakcíny s obsahem přípravku Besozon® chrání vzhledem k tomu, který byl vakcínou. Neodložený je, že Besozon® je při očkování proti vlivu kmenů meningokokových kmenů skupiny B. U jedinců se sníženou imunitou nemusí vykazovat větší odpověď a tvrdě ochranných prostředků. Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lidé by měli před podáním této vakcíny posoudit s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvířet patří předpisu a rizika. **Interakce:** Besozon® je podává současně s vakcínou proti zápalu meningokokového antigenu ve formě rekombinantní kombinované vakcíny: difterie, tetanus, acelulární pertusa, K. infowazny typu b, neodložený poliovirálního, hepatitida B, hepatitida A pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zardličky a varicela. Při současném podání s jinými vakcínami není žádný Besozon® podání do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství bezpečnosti u dítě kůže. Pokud ženské hrozí expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastěji hlášeny systémové nežádoucí účinky alergie a vyrážky v místě injekce, horečka a podráždění kůže. U dospělých a dospělých byly nejčastěji hlášeny místní a systémové nežádoucí účinky bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi časté poruchy příjmu potravy, ospalost, nevolnost, plyn, průjem, zvracení, vyrážka, horečka ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), podráždění kůže, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie, otitis, erytém, otok, indurace a bolest v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v chladničce od 2°C do 8°C . Chránit před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Vaccines and Diagnostics S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena, Itálie. **Způsob úhrady a výdaje:** Přípravek je vložek na náklady příjmu a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Dotaz revize textu:** 01/2015. **Realizátor štítu:** EU/1/12/012/010-014. Před použitím si prosím přečtěte přílohu Současného štítu a přílohu.

Podobně jako všechny vakcíny může mít i vakcína Bexsero® nežádoucí účinky, které se ale nemusí vyskytnout u každého.

Stejně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Baxsero® plně chránit všechny osoby, které byly vakcinovány.

Případné nežádoucí účinky prosím nahláste na cz.safety@gsk.com

Reference: 1. Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie (SÚ, PRAHA) 2013; 22(3).
Glasnost@tiscali.cz, s.r.o., Hnězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@ask.com; www.ask.cz

CLIMATE/30/15





Aktuality...

■ Adrenalinové autoinjektory – nová doporučení k používání

Na základě přehodnocení používání adrenalinových autoinjektorů jsou doporučena nová opatření k zajištění rychlé a účinné léčby anafylaxe.

Výbor pro humánní a léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékové agentury provedl přezkoumání, na jehož základě došlo k odsouhlasení nových opatření týkajících se léčby anafylaxe adrenalinovými autoinjektory. Pro úspěšnost této léčby je důležité, aby byl adrenalin správně aplikován do svalu, nikoli podkožně. Budou připraveny edukační materiály pro pacienty a jejich opatrovníky i pro zdravotníky, včetně audiovizuálních materiálů, které poskytnou názorný příklad, jak adrenalinové autoinjektory správně používat.

Doporučení pro lékaře

- Výsledek přehodnocení potvrdil, že intramuskulární injekce jsou nejlepší cestou aplikace adrenalinu pro rychlou léčbu anafylaxe. Mnoho faktorů během podání však může správnou aplikaci ovlivnit.
- Vzhledem k nejistotám ohledně správného dodání adrenalinu autoinjektorem by měli lékaři předepisovat pacientům vždy dvě pera, která by pacienti s sebou měli neustále nosit.
- Všichni pacienti mají být důkladně poučeni a zacvičeni v použití adrenalinových autoinjektorů. Je doporučeno také proškolení nejbližší osoby pacienta, aby byly schopny adrenalin správně aplikovat. Studie Brown et al z r. 2013 (1) zjistila, že 15 % matek nebylo schopno správně použít autoinjektor u svých dětí.
- Za účelem správné a rychlé aplikace budou pro všechny pacienty nebo jejich opatrovníky k dispozici edukační materiály. Budou obsahovat také nástroj k praktickému nácviku aplikace adrenalinu a edukační video. Pro lékaře bude připraven kontrolní seznam k správnému zácvičení pacientů.
- Držitelé rozhodnutí o registraci adrenalinových autoinjektorů budou vyzváni k provedení studie farmakokinetiky a farmakodynamiky za účelem zjištění faktorů, které ovlivňují průnik adrenalinu do tkání.

Doporučení pro pacienty

- Adrenalinová pera slouží jako první pomoc při vážných alergických reakcích, zatímco pacient čeká na příjezd záchranné služby. Jsou navržena tak, aby mohla být snadno použita pacientem samým nebo jeho opatrovníkem.

- Autoinjektor musí být použit správně tak, aby se adrenalin co nejrychleji dostal do svalu. Pacienti i nejbližší osoby v jejich okolí budou podrobně informováni a zacvičeni lékařem nebo sestrou ve správném použití adrenalinového pera.
- Podle nových doporučení lékař pacientovi předepíše vždy dvě adrenalinová pera, která je třeba neustále nosit u sebe. V některých případech nemusí být jedna dávka adrenalinu dostatečná a může být nutné použít druhou injekci.
- Za účelem správné a rychlé aplikace budou pro všechny pacienty nebo jejich opatrovníky k dispozici edukační materiály. Jejich součástí bude také nástroj k praktickému nácviku aplikace adrenalinu a edukační video.

Adrenalinové autoinjektory jsou poskytovány lidem, u nichž je vysoké riziko výskytu anafylaxe, nebo těm, kteří již předchozí anafylaktickou reakci prodělali. V České republice jsou v současné době dostupné tyto adrenalinové autoinjektory: EpiPen a EpiPen Jr.

Literatura: Brown J, Tuthill D et al. A randomized maternal evaluation of epinephrine autoinjection devices. *Pediatr Allergy Immunol.* 2013;24(2):173-177.

Zdroj: sukl.cz, Oddělení farmakovigilance, 9. 9. 2015

■ Screeningy by se v ČR měly rozšířit na další nemoci

Ministerstvo zdravotnictví odstartovalo nový národní akční plán na screening a včasný záchyt nemocí, jako je sekundární prevence cukrovky u rizikové populace, novorozenecký laboratorní záchyt závažných vrozených kombinovaných poruch imunity či záchyt rakoviny prostaty u rizikových mužů. Novinářům to v úterý řekl ministr Svatopluk Němeček (ČSSD).

Screeningy by se tak podle Němečka rozšířily na další nemoci. Nové programy nejprve projdou pilotním ověřováním, v návrhu jich je zatím devět, a pokud se potvrdí jejich účinnost, budou schváleny v plošné podobě. Reálně by se v praxi mohly objevit za dva až tři roky.

Už řadu let hradí zdravotní pojišťovny screening rakoviny prsu u žen od 45 let věku, hrdla děložního u žen od 15 let věku a tlustého střeva a konečníku u mužů a žen od 50 let věku. V akci cíleného zvaní podpořené z evropských peněz rozeslaly zdravotní pojišťovny 3,5 miliónu pozvánek těm svým pojištěncům, kteří na screening nechodí.

Úmrtnost klesla

Ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky docent Ladislav Dušek upřesnil, že díky adresnému zvaní stoupla téměř o 15 procent

Setkání absolventů Fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze po 40 letech dne 13. května 2016 od 10 hodin

Milé kolegyně a kolegové, jménem organizačního výboru vás, absolventy FDL UK promočního ročníku 1976, srdečně zvu k setkání v kinosále motolské nemocnice, v budově ředitelství, 2. patro.

Doprava – konečná stanice trasy A metra Nemocnice Motol.

Po setkání s bývalými učiteli a současným vedením 2. lékařské fakulty bude následovat oběd a přátelské posezení v nedaleké

restauraci Ladronka. Informujte o setkání své bývalé spolužáky, s kterými jste v kontaktu. Prof. MUDr. Jan Starý, DrSc.

Potvrzujte svou účast na sekretariátě Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol u paní Růžickové.

e-mail: iva.ruzickova@fnmotol.cz, telefon 224 436 401.



účast na screeningu rakoviny tlustého střeva, o 13 procent na screeningu rakoviny prsu a o devět procent na screeningu karcinomu hrdla děložního. Zásadně stoupl podíl nádorů odhalených už v časném stadiu, což má dopad i na pokles úmrtnosti.

Návrh devíti nových screeningových programů

1. sekundární prevence patologických zlomenin (osteoporóza)
2. sekundární prevence diabetu u rizikové populace v návaznosti na Národní diabetologický plán – účinná prevence závažných dopadů diabetu
3. časný záchyt diabetické retinopatie
4. časný záchyt výdutě břišní aorty
5. novorozenecký laboratorní záchyt závažných vrozených kombinovaných poruch imunity (SCID)
6. časná diagnostika poruch autistického spektra
7. časný záchyt bronchogenního karcinomu u vysoce rizikové populace
8. časný záchyt karcinomu prostaty se zaměřením na vybrané rizikové skupiny
9. prevence chronického renálního selhání

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)

Předsedkyně Asociace nemocnic Jaroslava Kunová ale řekla, že postup zdravotních pojišťoven je kontraproduktivní. „Na jedné straně od nich dostávají lidé pozvánky na screeningové vyšetření, na druhé straně nemocnicí počty těchto vyšetření limitují,“ uvedla s tím, že na problém upozornily nemocnice ministerstvo.

Pro ověření a zavedení nových screeningových programů bude ustavena v průběhu září Národní řídicí rada a kompetenční centrum, bude v ní zhruba 40 odborníků různých medicínských odborností. Nové programy tak mají mít garanci nejvyšší kvality.

Zdroj: www.novinky.cz, 1. 9. 2015

Devatenáctiletý syn polského primáře protiprávně operoval pacienty

Tak skandální případ polské zdravotnictví ještě nezažilo. Devatenáctiletý syn Bernarda Z., primáře chirurgie nemocnice v 20tisícovém městě Tomaszow Lubelski na východě Polska, proti všem zásadám lékařské etiky i platným předpisům a zákonům operoval pacienty.

„Zatímco ostatní začínající studenti medicíny v této nemocnici během povinné praxe pracovali jako ošetřovatelé, primářův syn pod jeho dozorem mnohokrát operoval pacienty,“ informoval polský Dziennik Wschodni. Ten zveřejnil také dopis pracovníků chirurgie, kteří v něm na problém upozornili ředitele nemocnice.

Na základě zjištění speciální vyšetřovací komise, která vylechla všechny pracovníky chirurgie a prověřila chorobopisy operovaných pacientů, ředitel nemocnice primáře Bernarda Z. pro hrubé zneužití pravomocí okamžitě propustil ze zaměstnání.

Případem se už zabývá okresní prokuratura i soud v okresním městě Zamosc. „Zatím dvě pacientky podaly trestní oznámení na nemocnici za to, že se po operaci neoprávněnou osobou jejich zdravotní stav výrazně zhoršil. Každá z nich požaduje náhradu za újmu na zdraví ve výši 200 tisíc zlotých (přes 1,3 miliónu korun),“ informovala mluvčí soudu Ewa Pilzunova. Soud v obou případech začne ještě v srpnu.

Zdroj: www.novinky.cz, 2. 8. 2015

INZERCE

374 4-15

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v okrese Nový Jičín s předpokladem prodeje. Kontakt tel. 604 638 331.

375 5-15

Prodám levně zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 2**. Tel.: 222 560 086, 603 746 348.

376 5-15

Přenechám dobře zavedenou **praxi** PLDD v **Brně**. Kontakt: pediatri1@seznam.cz

377 5-15

Dětský lékař hledá nástupce. Jsme s.r.o., ve vlastních prostorách **Praha 3, Jarov**, obvod s rozsáhlou bezproblémovou klientelou, část úvazek, podíl v s.r.o. přímý prodej dle dohody. Telefon: 737 600 021.

380 6-15

Prodám ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 10**, ev. zaměstnám lékaře s licencií pro PLDD na libovolný úvazek dle dohody. Telefon 731 781 134, e-mail: martokaktus@seznam.cz

381 6-15

Prodám přístroj na stanovení **CRP Quik Read 101** používaný 6 let. Cena 15 000 Kč. Certifikát hodnocení kvality v únoru 2015. Kontakt: kubatovag@volny.cz, telefon 602 315 126.

382 7-15

Hledám výpomoc do privátní praxe PLDD, 3 ordinace na **Praze-východ**. Nabízím za kvalitní práci i kvalitní odměnu. Bližší informace: MUDr. Jitka Štolbová, telefon 605 170 366.

383 7-15

Prodám či pronajmu ordinaci pro děti a dorost v rekreační oblasti **Doksy, Staré Splavy** ideálně v průběhu roku 2016, hezké místo k životu i práci. blanka.spalkova@seznam.cz

384 8-15

Přenechám (prodám nebo lékaře na plný úvazek zaměstnám) zavedenou ordinaci PLDD (s.r.o.) **ve Staré Boleslavi**. Tel.: 606 416 548.

385 8-15

Přijmu pediatra do dobře zavedené ordinace v **Praze 8**, a to od 1. 11. 2015, částečný úvazek, výhledově předání ordinace v roce 2016–2017, telefon: 723 950 567.

386 8-15

Prodám zavedenou ordinaci PLDD v **Teplicích** se slušnou klientelou, v klidné části města a s dobrým přístrojovým vybavením. Telefon: 723 680 156, e-mail: whitman.celebrate@seznam.cz

387 8-15

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v **Praze 5**, částečný úvazek, pozdější převzetí dohodou. Tel. 605 182 280.

V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.

Autodidaktický test 8/2015

Poruchy sluchu

1. Sluch je smysl, který zásadním způsobem ovlivňuje rozvoj verbální komunikace i celé osobnosti člověka. Porucha sluchu v raném dětství vede k závažnému narušení řečových schopností, kognitivních funkcí a vývoje abstraktního myšlení. Co je „kognitivní funkce“?

- a) uvědomění si dříve poznaného
- b) procesy poznávání okolního světa i sebe sama
- c) myšlenkové procesy zjišťující obecné a podstatné vlastnosti předmětů a jevů a vztahy mezi nimi

2. V září 2012 vydalo MZ ČR metodický pokyn k realizaci screeningového vyšetření sluchu novorozenců. Plošný screening sluchových vad novorozenců je prováděn metodou tranzientně evokovaných otoakustických emisí (TEOAE). Principem vyšetření je:

- a) přerušované vyslání zvukové vlny na bubínek s optickým zhodnocením jeho rozkmitání
- b) přerušované vyslání zvukové vlny na bubínek s registrací od bubínku odraženého zvuku a jeho grafickým znázorněním
- c) přerušované vyslání zvukového podnětu přes bubínek s registrací zvuku vyvolaného pohybem vnějších vláskových buněk Cortiho orgánu cochleary

3. Vyšetřením otoakustických emisí zjistíme:

- a) funkčnost středoušního systému
- b) funkčnost kochleárního systému
- c) funkčnost sluchové dráhy

4. Zjištění nevýbavnosti TEOAE při prvním vyšetření novorozence by nemělo být automaticky interpretováno, že se jedná o dítě s poruchou sluchu. Ideálně ještě na neonatologickém odd. by se měl provést rescreening. Pokud je při něm opět zjištěna nevýbavnost OAE, mělo by být dítě předáno k dalšímu vyšetření do péče foniatra. Foniatr by měl jako první provést:

- a) otoskopické vyšetření
- b) tympanometrické vyšetření
- c) další rescreening TEOAE
- d) vyšetření kmenových evokovaných sluchových potenciálů (BERA)

5. Jedním z relativně jednoduchých vyšetření ucha je pneumotoskopické vyšetření spočívající v těsně zavedeném otoskopu do zvukovodu. Ten je spojen s balónkem, jímž se vhání vzduch do zvukovodu. Hodnotí se pohyblivost bubínku. Snížená pohyblivost bubínku může svědčit zejména pro:

- a) atrofii bubínku
- b) poškození středoušních kůstek
- c) přítomnost sekretu ve středouší



NAČECHREJ
SVE PLICE...



Utiší váš kašel...

LEVOPRONT®

sirup, kapky

Levodropropizin

Periferní antitusikum

stejně účinné a lépe tolerované
než centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹

Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku.

Levopront kapky, sirup S: Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **I**S: Antitusikum. **GH** Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum nekodenového typu s účinky antialergickými a antibronchospastickými. Nepotlačuje respirační funkce ani mukociliární clearance. **E**: Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem, je vhodný před bronchioskopickým vyšetřením. **KI**: Předčivkost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU**: Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NŮ**: Ztídká nauzeu, zvracení, pálení žáhy, průjem, mdloba, závrať, palpitace. Velmi vzácné alergické reakce. **IT**: Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL**: Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D**: Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B**: Kapky 15ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. **Datum poslední revize textu SPC**: 26.2.2015 Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

ERDOMED S: Erdosteium 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze, 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I**: Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersenzitivní astma bronchiální, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI**: Předčivkost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenylketonurie - netýká se tobolek. **ZU**: Současné podávání přípravku s antitusiky nemá radionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NŮ**: Ztídká se vyskytuje pálení žáhy, nauzeu; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT**: Erdosteium potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxicilinu, klavulanátu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL**: Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D**: Dospělí obvykle 1 tobolka nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x - 3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně. **B**: 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. **Datum poslední revize textu SPC**: 17. 3. 2015 Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. **P**: Erdosteium je hrazen u pacientů s prokázanou CHOPN od stadia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteiem přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

Nestlé
BEBA.
Pokračovací kojenecká výživa.



Když jeho imunita je středem vaší pozornosti



Dosud kojíte, takže víte, že vaše mléko je přirozeným ochráncem vašeho miminka. Jestliže nevíte, jaké pokračovací mléko zvolit v zájmu jeho imunitního systému, vyvinuli jsme kojenecké mléko BEBA PRO 2, které obsahuje:

- **IMMUNO-COMPLEX*** – podporující imunitní systém
- **Bifidus B_L** – bakterie mléčného kvašení
- **OPTIPRO™** – vysoká kvalita bílkoviny

* Vitaminy A, C, D, zinek a železo – obsah ve shodě s legislativou

Na základě nejnovějších vědeckých poznatků je pro kojeneckou výživu klíčová kvalita a množství bílkoviny*, která podporuje optimální růst a vývoj dítěte. Proto jsme vyvinuli OPTIPRO™, nejlepší bílkovinu na našem trhu.

* Prof. Koležko B. The role of protein for long-term healthy growth. NIM meeting, srpen 2014

Důležitá upozornění: Kojení je pro vaše miminko to nejlepší. Pokud již nechcete nebo nemůžete kojit, vyberte náhradní kojeneckou výživu po poradě s vaším pediatrem.



Tento výrobek doporučuje
58 lékařů praktických
lékařů pro děti a dospělé ČR

www.kojeneckavyziva.cz

